

جـــامـــــعـــة دمـــــشـق

كـــلـيــــــة التربـيـــــة

قسم الإرشاد النفسي

الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية المهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي محافظة دمشق

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة:

آلاء عبد الرزاق التركي

إشراف الدكتورة:

د. عائشة ناصر

دكتورة في قسم الإرشاد النفسي

٢٠١٦-٢٠١٧

نوقشت رسالة الطالبة آلاء التركي

بعنوان :

الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية المهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي محافظة دمشق

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٢٠١٧/٦/٥ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم :

الاسم	الصفة	التوقيع
أ.د.رياض العاسمي	عضواً	[توقيع]
د. عائشة ناصر	عضواً مشرفاً	[توقيع]
د. ربى سلطان	عضواً	[توقيع]

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في الإرشاد النفسي ـ قسم الإرشاد النفسي .

إهداء

إلى إنسان قريب جداً، أعتبره بمثابة دافع قوي ألتجأ إليه مستمدة منه الصبر والعزيمة والإرادة كلما أحسست بالإعياء وتعب المشوار، حلمت دائماً أن أراه كما صورته في ذاكرتي، أتمنى من كل قلبي أن أكون مصدر سعادته بهذا العمل المتواضع، وبذلك أصنع الابتسامة في وجهه الغالي راجية المولى عز وجل أن يحفظه لي من كل شر ويشفيه، نبع الحياة ونبضها أبي العزيز.

إلى الذي أعطت ومازال تعطي عطاءً بلا حدود، وتحملت معي مشقة البحث وكان توفيقي بفضل دعائها، حيث ابتكرت جميع الطرق لغرس حب التعلم داخلي، عرفاناً بفضلها وجهدها لعلني أكون قد حققت بعض ما تتمناه، جزاها الله عنى خيراً، إلى عطاء الحياة ودفئها أمي الغالية.

إلى من حبهم يجري في عروقي ويلهج بذكراهم فؤادي، والقلوب التي تخفق بنبضي، والنجوم التي تنير دربي، رابطة دمي الغالية، سندي وعوني في الحياة، ورود حديقتي، أتمنى لهن جميعاً السعادة والنجاح في مشوارهن الدراسي أخواتي الغاليات سند الحياة وعزها (سفانة، نور، إسراء).

إلى جدتي وأخوالي (زياد، عماد) وخالتي(ثناء) الذي طالما دعموني وكانوا نعم المشجعين لي في مواصلة مسيرتي التعليمية.

إلى كل من أفاضني بمشاعره ونصائحه المخلصة إلى كل الأصدقاء والزملاء.

أهديهم ثمرة جهودهم وثمن تضحياتهم

الباحثة

شكر وتقدير

إن إنجاز هذا العمل البحثي، ما كان ليحدث لولا فضل الله تعالى، فالحمد لله حمداً يليق بجلاله، ومن ثم جهود كبيرة من أناس أخذوا بيدي للخروج بالرسالة بهذه الصورة، ومن الوفاء عزو الفضل لأهل الفضل، وعلى رأسهم المشرفة على الرسالة، الدكتورة "عائشة ناصر" فإليها الشكر كله وموفور التقدير على ما أبدته في كريم متابعتها من جميل صبر وحسن خلق وفائض أدب ومن دقة علمية وبصيرة معرفية، فأفدت من عصارة تجربتها ونتاج خبرتها، وقد كانت توجيهات الدكتورة عائشة ناصر منبع الطاقة التي تدفعني على موالاة الجهد والعمل والإنجاز بصورة متواصلة، فلا تفتر منها المتابعة ولا تتخلى عن تواضعها، ومهما كتبت لن أفيها حقها، فجزاها الله خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر والعرفان لمن تابع هذه الرسالة منذ بروز فكرتها حتى الانتهاء منها إلى الأب الروحي والموجه الأول والعطاء الموسوعي لي في كلية التربية الأستاذ الدكتور رياض العاسمي الذي بذل كل جهده لمساعدتي بكل رحابة صدر.

كما أتقدم بخالص شكري وامتناني إلى الدكتورة ضحى عبود، والتي تعلمت على يديها الكثير من علمها فلها مني خالص شكري وامتناني.

وأتوجه بخالص الشكر والامتنان والدعاء بالصحة والعافية إلى الدكتورة ربى سلطان، لمساندتها المستمرة للباحثة، والتي لا أجد من الكلمات ما يعبر عن وصفها، فجزاها الله خير الجزاء.

كما أتوجه بجزيل الشكر للتي خصصت وقت لمساعدتي وإرشادي في مراجعة الجوانب الإحصائية الدكتورة عزيزة رحمة.

والشكر موصول لجامعة دمشق كلية التربية قسم الإرشاد النفسي التي أتاحت لي فرصة إتمام مسيرة البحث العلمي ولما قدمته من تسهيلات تخص إجراءات سير الرسالة.

كما أتوجه بجزيل الشكر إلى كل من ساعدني من الأطباء والممرضين (عينة البحث) اللذين خصصوا من وقتهم للإجابة على مقاييس الدراسة، والمدراء في مشافي (المواساة–الأسد الجامعي–التوليد) لموافقتهم على تطبيق مقاييس الدراسة.

كما أسجل شكري وامتناني لأعضاء لجنة المناقشة: الأستاذ الدكتور رياض العاسمي، والدكتورة ربى سلطان، لقبولهما مناقشة الرسالة، ولما أبدياه من جهد ووقت لتقويم الرسالة.

وأخيراً لا بد أن نعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهوداً كبيرة في بناء جيل الغد، وقبل أن نمضي نتقدم أسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة، إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة، إلى جميع أساتذتنا الأفاضل.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إخراج هذا العمل المتواضع.

الباحثة

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال البيانية:

الفصل الأول: التعريف بالدراسة

-المقدمة:

تعيش المجتمعات حالياً مرحلة صعبة مليئة بالتغيرات المفاجئة حيث شملت جميع نواحي الحياة وجوانبها، والناظر إلى هذه التغيرات يدرك مدى التوتر والقلق التي تحدثه لدى الأفراد وتؤثر على الدور الذي يقومون به، فكلما كانت البيئة مستقرة نسبياً يسودها الأمن وينعم أفرادها بصحة نفسية جيدة بالإضافة إلى التفكير والتكيف الاجتماعي السليم، كلما توفر الاطمئنان الذي ينعكس على شخصية وسلوك هؤلاء الأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه البيئة والعكس صحيح. فالمحيط المضطرب المليء بالخبرات الصادمة والأحداث الصعبة الذي يواجهها الفرد قد تترجم إلى أشكال معينة من الاضطرابات النفسية والسلوكية والانفعالية.

ويعد الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية التي تحتل المرتبة الرابعة بالنسبة للأمراض الأكثر تأثيراً على صحة الإنسان بعد (اضطرابات القلق (الفوبيات)، سوء استخدام مواد، الاكتئاب، OCD)

ففي الدليل التشخيصي الخامس لرابطة الطب النفسي الأمريكية اعتبر الوسواس القهري اضطراب بمفرده وليس ضمن اضطرابات القلق. وقد أشار إلى هذا الاضطراب إميل كريبلين بالمصطلح الألماني Zwangsneuroseوتعني الوسواس، وعندما ترجم إلى البريطانية أصبحObsession ، وفي الترجمات الأمريكية أصبح المصطلح يعني القسر أو القهرCompulsion . في المقابل هناك بعض المشتغلين في المجال النفسي الإكلينيكي حاولوا الاتصاف بالشمولية، واتساع النظرة، ووضعوا مصطلح "الوسواس القهري" حيث سهل ابتكار هذا المصطلح التعرف إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب: أولهما الوسواس الذي يشير الى محتوى التفكير ومضمونه. وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال (كولز،١٩٩٢، ص١٢٠).

أما في المجتمعات العربية يعد الوسواس القهري من الاضطرابات ذات الخصوصية من حيث الانتشار بالنسبة للفئات العمرية فهو ينتشر بين الأطفال كما ينتشر بين الشباب والكبار والشيوخ، ويعد مرضاً نفسياً سلوكياً، يتصف بوجود أفكار متكررة لا يرغبها الشخص، وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها. ويقوم الشخص المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها، نظراً لأن هذه الأفعال تخفف من قلقه، هذا القلق يخف لفترة محدودة ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري إلى تكرار أفعاله القهرية بصورة مبالغ فيها. ويجد سالم (٢٠٠٣، ص١٩٨) أن تسمية الوسواس القهري يأتي من أنه عصاب يستحوذ على صاحبه بصورة إجبارية ويكون سلوكا صريحا مثل تكرار غسيل اليد أو الجسم وقد يتمثل في عدم القدرة على الهروب من الأفكار المتسلطة، كما أنها تظهر الكثير من التناقض في سلوك الفرد إلا أنه يكون على النقيض في جوانب أخرى.

ولا يقل اضطراب الوسواس القهري أهمية عن بقية الاضطرابات النفسية من حيث انتشاره والمشاكل التي يسببها، حيث يقدر انتشاره في الولايات المتحدة بنسبة (١%)إلى (٢%) أي ما يتراوح ما بين (٣) إلى (٦) مليون شخص أمريكي، بينما يصيب الاضطراب ما بين (٤) إلى (٩) مليون شخص في أوروبا، و (٦٤) إلى (١٢٩) مليون شخص في جميع أنحاء العالم قليل منهم فقط يتلقى العلاج المناسب (David et al,2007,p11).

إن الوسواس القهري له العديد من التأثيرات السلبية على الأشخاص، فهو يؤدي إلى تغيير حياتهم ويجعلهم يواجهون مشاعر الذنب والعجز والعزلة، ويجعلهم حبيسوا الحزن والاكتئاب والقلق وانخفاض احترام الذات، والتدخلات النفسية الفعالة من الممكن أن تساعدهم على تجاوز هذه المشاكل، كي يجتازوا الضغوطات النفسية.

وتختلف مستويات الاضطرابات والضغوط النفسية تبعا لتنوع العمل وطبيعته، وإن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط والاضطرابات تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس، والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالأطباء والممرضين معرضون للضغوط أكثر من غيرهم، وذلك لما تتضمنه المهنة من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء عمل زائدة، تعرض العاملين في هذه المهن إلى معاناة العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة طبيعة العمل الصعبة ولما قد يشاهدونه من وفيات وأمراض سببها بكتريا وجراثيم والانشغال بأن مرض ما سيصيبهم فتسيطر عليهم هذه الأفكار مما يؤدي لمعاناتهم من الوسواس القهري.

وتأتي دراسة الضغوط لدى الأطباء والممرضين كنافذة يمكن من خلالها التعرف إلى الضغوط النفسية المهنية سواء كانت هذه الضغوط تتعلق بطبيعة المهنة، أو بطبيعة الأنظمة الصحية والمتغيرات التي يمرون بها، ومن ثم تحديد انعكاساتها السلبية على الأطباء والممرضين وسبل معالجاتها بهدف توفير الظروف الملائمة لممارسة هذه المهنة وزيادة الإقبال عليها وتوفير الجو الملائم لأداء مهني أفضل والوقاية من الاضطرابات النفسية التي قد تنجم عن الضغوط النفسية.

تأتي الدراسة الحالية لتسلط الضوء على الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية المهنية لدى العاملين في المجال الطبي، وذلك لاعتبارات هامة أهمها أن العاملين في المجال الطبي في ظل الأزمة السورية ربما يكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. ولهذا ترجع أهمية هذه الدراسة كونها إضافة جديدة إلى رصيد الدراسات التي تبحث في موضوع الوساوس القهرية والضغوط النفسية المهنية وذلك لأنها تحاول إجراء مقارنة إكلينيكية بين الأطباء والممرضين، والتعرف على مستوى كل مفهوم من هذه المفاهيم لدى

العاملين في المجال الطبي في المجتمع السوري، خاصة أن هذه المفاهيم لم يسبق دراستها مجتمعة في سوريا في حدود علم الباحثة واطلاعها.

-مشكلة الدراسة:

تبرز مشكلة الدراسة الحالية من خلال إطلاع الباحثة على عدة دراسات حول الوسواس القهري(الطلوحي٢٠٠٦، الآغا ٢٠٠٩، Rector et al ٢٠٠٥، Hood et al ٢٠٠٥)، وحول الضغوط النفسية المهنية(الشريف٢٠٠٣،أبو الحصين٢٠١٠،التوم٢٠١١، اسماعيل٢٠١٥، Stewart et.al ١٩٩٧، Dyrbye et al ٢٠٠٦، Monalisa et al ٢٠٠٨)، وهذا ما ولد لديها الميل لاستقصاء هذه المتغيرات لدى الأطباء والممرضين، وعزز هذا الميل بعض الملاحظات العابرة لبعض سلوكيات الأطباء والممرضين مثل سلوكيات النظافة المبالغ فيها رغم الألم الجسدي الذي قد تسببه، والرغبة الشديدة في وضع الأشياء في نظام صارم لا يتغير وقد تكون هذه السلوكيات ناجمة عن ضغوط نفسية تظهر بشكل أفعال وأفكار وسواسية، كما عزز هذا الميل دراسة قامت بها الباحثة في مدرسة المتفوقين بعنوان الكمالية وعلاقتها بالوسواس القهري لدى المتفوقين، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة بين الكمالية والوسواس القهري. وكما نعلم أن الكمالية العصابية تتطور إلى وسواس قهري، وكانت نتيجة السؤال الاستطلاعي عن المهنة التي يرغبون ممارستها في المستقبل هي ممارسة مهنة الطب بنسبة(٥٧%) (التركي،٢٠١٦)، ومن العوامل التي جعلت الباحثة تشعر بضرورة دراسة متغير الوسواس القهري والضغوط النفسية لدى فئة هي من أكثر الفئات تعرضاً للضغوط النفسية المتعلقة بطبيعة مهنة الطب والتمريض الإنسانية، هي قلة الدراسات التي اهتمت بدراسة الوسواس القهري على مستوى المجتمع المحلي، إضافة إلى عدم وجود دراسات تناولت موضوع العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية.

حيث إن الأطباء والممرضين في ظل الظروف الراهنة هم أكثر الفئات عرضة للضغوط النفسية المهنية، مما يجعلهم يعانون من القلق والتوتر، الذي قد يعبر عنه على شكل اضطرابات نفسية حسب طبيعة العمل، فيظهر الوسواس القهري ليبدد الطاقة النفسية ويخفض التوتر ووسيلة للهرب من الضغوط، ولا تتم ملاحظته في الغالب مما يؤدي إلى تأخير التشخيص الصحيح له بسبب عدم ملاحظته والوصمة الاجتماعية. إلى أن يصبح مزمناً مما يجعل الموضوع يستحق الدراسة لتفادي أضراره لاحقاً لدى هذه الفئات ولتتمتع بالصحة النفسية الجيدة.

إن النقص في مجال الدراسات النفسية التي تخص الأطباء والممرضين، دفع الباحثة إلى الاهتمام بهذه الفئة، لما لها من دور هام في جميع المراحل وخاصة في المرحلة الحالية، حيث يتعرضون لأخطار كثيرة أثناء قيامهم بواجبهم الهام والحساس، المحفوف بالمخاطر والتهديدات، لأن فئة الأطباء والممرضين تمثل

ركناً أساسياً في النظام الصحي كما أنها تمثل عدداً كبيراً من موظفي وزارة الصحة. ولذلك من الواجب إعطائهم حقهم في البحث والدراسة من أجل التعرف على مشكلات تلك الفئة من أجل الرقي بتلك الفئات والحفاظ على صحة نفسية سليمة.

إن الدراسات العالمية والعربية المتوفرة حالياً نجدها قد تناولت الوسواس القهري من جانب انتشاره، وأنواعه، وعلاقته بالاضطرابات الأخرى منها دراسة الطلوحي (٢٠٠٦) والآغا (٢٠٠٩)، ولكن لا نجد دراسات تطرقت إلى متغير الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية بشكل عام وفي المجتمع السوري خاصة. تشير العديد من الدراسات التي أجريت في العالم بأن نسبة انتشار هذا المرض هو (١-٣%) لدى البالغين ونفس النسب للمراهقين (ثابت،١٩٩٨، ص٩).

بينت الدراسات أن حوالي (٦٥%) من المرضى يبدأ المرض عندهم قبل سن (٢٥) سنة و(١٥%) يبدأ المرض عندهم بعد سن (٣٥) سنة، ودائماً ما تكون الأعراض الوسواسية سرية لا يعلمها أحد من الناس إلا المريض (سالم،٢٠٠٦، ص٢٠).

إن معدل انتشار الوسواس القهري مدى الحياة يبلغ (٢,٥%)، والتقديرات الحالية لهذا الانتشار تتراوح بين (١,٧-٤%) (السقا،٢٠١٤، ص٣٥٩).

لاحظت الباحثة من خلال الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة والبحوث النفسية التي أُجريت وتنوعت معلوماتها بوجه عام، عدم وجود دراسة تناولت دراسة العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية.

لذلك تسعى الدراسة الحالية للإجابة عن السؤال التالي:

هل توجد علاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية المهنية لدى العاملين في المجال الطبي (الأطباء والممرضين) في مشافي محافظة دمشق؟

-أهمية الدراسة:

للدراسة أهمية من ناحيتين نظرية وتطبيقية موضحة كما يلي:

الأهمية النظرية:

-ندرة وجدة الموضوع على المستوى المحلي والعربي في حدود علم الطالبة حيث يسلط الضوء على العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية.

-أهمية العينة المستهدفة والتي تتمثل بالعاملين في المجال الطبي (الأطباء والممرضين)، لما يقع عليهم من أعباء كبيرة ومسؤوليات مجتمعية تتطلب منهم أن يكونوا على مستوى من الصحة النفسية الإيجابية.

-تعد هذه الدراسة إضافة نظرية إلى المكتبة السورية.

الأهمية التطبيقية:

- إن هذه الدراسة قد تفيد العاملين في حقل الصحة النفسية، والباحثين في هذا الموضوع من خلال وضع خطوات أولية لتشخيص حالات الوسواس القهري.

-أهمية ما يمكن أن يقدمه البحث الحالي من نتائج تساعد في تعرف العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية لدى العاملين في المجال الطبي.

-يمكن أن تشكل نتائج البحث أرضية مناسبة لبناء برامج إرشادية تساعد على مواجهة الضغوطات والتخفيف من الوساوس القهرية.

أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في معرفة:

-نسبة انتشار الوسواس القهري بين أفراد عينة الدراسة.

- نسبة انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين أفراد عينة الدراسة.

- درجة الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة.

-درجة الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

- التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية لدى أفراد عينة الدراسة.

-معرفة طبيعة العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية المهنية لدى أفراد عينة الدراسة.

-معرفة الفروق على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغيرات (الجنس-عدد سنوات العمل-الحالة الاجتماعية) لدى عينة الدراسة.

-معرفة الفروق على مقياس الضغوط النفسية المهنية تبعاً لمتغيرات (الجنس-عدد سنوات العمل -الحالة الاجتماعية) لدى عينة الدراسة.

- معرفة الفروق في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة.

– تعرف أثر التفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

– تعرف أثر التفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة.

– تعرف التأثير المباشر أو غير مباشر للوسواس القهري في الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة.

– تعرف التأثير المباشر أو غير مباشر للضغوط النفسية والمهنية في الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

أسئلة الدراسة:

–هل يمكن التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية لدى أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

–ما هو درجة الضغوط النفسية والمهنية لدى أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

–ما هي درجة الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

–ماهي نسبة انتشار الوسواس القهري بين أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

–ماهي نسبة انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

فرضيات الدراسة:

–لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء.

–لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين.

–لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (الجنس، عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى عينة الأطباء.

–لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الممرضين.

–لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (الجنس، عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الأطباء.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الممرضين.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين.

-لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الأطباء.

-لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الأطباء

-لا يوجد أثر للتفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الممرضين.

-لا يوجد أثر للتفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الممرضين.

-يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للوسواس القهري في الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة.

-يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للوسواس القهري في الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الممرضين.

-يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للضغوط النفسية والمهنية في الوسواس القهري لدى عينة الأطباء.

-يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للضغوط النفسية والمهنية في الوسواس القهري لدى عينة الممرضين.

-لا يوجد تباين بين الأطباء والممرضين فيما يتعلق بالعوامل الشعورية واللاشعورية كما تقيسها المقابلة الإكلينيكية ودراسة الحالة في كل من الوساوس القهرية والضغوط النفسية.

-التعريف بمصطلحات الدراسة النظرية والإجرائية:

الوسواس القهري(Obsessive Compulsive):

عرف هاريمانHarriman الوسواس القهري بأنه تبديد الطاقة النفسية في سلوك قهري حصاري. كما عرفه ايدلبرج Eideleberg بأنه اضطراب يتميز بأفكار وأفعال متكررة غريبة على الأنا، وتستخدم كدفاع ضد تأرجح تناقض الوجدان يؤدي إلى العجز عن اتخاذ القرارات، ولا يفهم الشخص الدلالة الحقيقية لأفكاره وأفعاله القهرية (الخالدي،٢٠٠٦، ص٢٤٦).

كما يعرفه زهران: بأنه " فكرة متسلطة وسلوك إجباري، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به (جبل ،٢٠٠٢، ص١٧٣).

وتعرف الطالبة الوسواس القهري إجرائياً:

بأنه الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الوسواس القهري المستخدم في البحث الحالي.

الضغوط النفسية المهنية (Occupational psychological stress):

تتبنى الطالبة عرف بارون Baron الضغط النفسي في العمل: بأنه محصلة لحالتين مختلفتين، تشير الأولى إلى ظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان عمله، والتي تسبب له نوعاً من الضيق والتوتر، في حين تعني الثانية ردود الفعل النفسية المتمثلة بالشعور غير السار الذي ينتاب الفرد بسبب هذه العوامل (عسكر، ٢٠٠٠، ص٩١).

ويعرفه بوم Buam(١٩٩٠) بأنها هي ممارسة مشاعر يتبعها تغيرات كيميائية وفسيولوجية وفكرية وسلوكية ممارسة توجه إما نحو تغيير الحدث الضاغط أو التكيف مع آثاره(Taylor,1995,p219).

تعريف عبد الحميد والكفافي وهو حالة من الإجهاد الجسمي والنفسي، المشكلة التي تلقي على الفرد بمطالب أو أعباء وعليه أن يتوافق معها، وقد يكون الضغط قصيراً أو طويلاً وإذا طال هذا الضغط وأفرط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعداها ويؤدي إلى انهيار أداء الوظائف المنظم أو يؤدي إلى التفكك (عبد الحميد، الكفافي،١٩٩٥، ص٣٧٤).

وتعرف الطالبة الضغوط النفسية والمهنية إجرائياً:

بأنه الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الضغوط النفسية والمهنية المستخدم في البحث الحالي.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

تمثلت بعينة من الأطباء والممرضين العاملين والمتدربين وطلبة الدراسات العليا في مشافي محافظة دمشق (المواساة – التوليد الجامعي – الأسد الجامعي).

الحدود المكانية:

طبقت أدوات الدراسة على أفراد العينة المستهدفة، في المشافي الحكومية في محافظة دمشق (المواساة – التوليد الجامعي – الأسد الجامعي).

الحدود الزمنية:

ارتبطت الحدود الزمانية للدراسة بفترة البحث عن الدراسات المرجعية والدراسات السابقة، وإعداد وتطبيق أدوات الدراسة، واستخلاص نتائجها خلال العام ٢٠١٤-٢٠١٦، لقد تم التطبيق المقاييس في المشافي من تاريخ (٢٠١٦/١٠/١٦إلى٢٠١٦/١١/٣٠).

الحدود الموضوعية:

تمثلت الحدود الموضوعية بالكشف عن طبيعة العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، وتعرف الفروق بين الأطباء والممرضين في هذه المتغيرات، وذلك باستخدام مقياس الوسواس القهري ومقياس الضغوط النفسية والمهنية، والمقابلة الإكلينيكية، ودراسة الحالة.

الفصل الثاني: دراسات السابقة

دراسات السابقة:

ونظراً لخصوصية العينة المدروسة وهي الأطباء والممرضين لم تستطيع الطالبة الحصول على دراسات تناولت الأطباء والممرضين في مجال الوسواس القهري فعمدت الطالبة لوضع دراسات قريبة من حيث الموضوع وحديثة نسبياً.

أولاً: دراسات عربية:

١-الدراسات العربية التي تناولت الوسواس القهري:

-دراسة جودة (٢٠٠٤) في فلسطين:

عنوان الدراسة: " الوسواس القهري على عينات فلسطينية"

هدف الدراسة: هدفت إلى تحديد المكونات الأساسية لاضطراب الوسواس القهري، كما تهدف إلى الكشف عن الفروق في اضطراب الوساوس القهرية، وما قد تنطوي عليه من عوامل طائفية بين الجامعات الفلسطينية

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٦٠٠) طالباً وطالبة وقد اختير أفراد العينة بالطريقة العشوائية.

أدوات الدراسة: وقد استخدمت الطالبة أداة لهذه الدراسة وهي المقياس العربي للوسواس القهري الذي أعده (أحمد عبد الخالق ١٩٩٢)، اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمعرفة معدلات الوسواس القهري لدى الطلاب، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية: في هذه الدراسة المتوسط الحسابي واختيار " ت " ومعامل الارتباط بيرسون وألفاً كرونباخ لحساب ثبات رصدت المقياس، والتحليل العاملي.

نتائج الدراسة: وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس والأفعال القهرية وكما أظهرت النتائج عن فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠،٠١ لمتغير التخصص، والفروق كانت لصالح القسم العلمي، كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن تطبيق هذا الاختبار على البيئة الفلسطينية، كما أظهرت النتائج إلى أنه يوجد تشابه بين بعض الجامعات العربية مع الفلسطينية وهنا اختلاف مع بعض الجامعات العربية الأخرى مع الجامعات الفلسطينية.

-نقلاً عن الآغا دراسة الطلوحي (٢٠٠٦) في السعودية:

عنوان الدراسة:" السمات الشخصية ذات الارتباط بالوسواس القهري، ودراسة مدى الوجود في العلاقة بينهما"

هدف الدراسة: الوصول لمعرفة السمات الشخصية ذات الارتباط بالوسواس القهري، ودراسة مدى الوجود في العلاقة بينهما، والتعرف بصورة منهجية على خصائص الشخصية لحالات اضطراب الوسواس القهري، وبالتحديد علاقة الأبعاد المنبثقة من نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الانبساطية، العصابية، الانفتاح على الخبرة، التفاني، الوداعة) باضطراب الوسواس القهري.

عينة الدراسة: عينة من المضطربين باضطراب الوسواس القهري من مراجعي العيادات الخارجية بمجمع الأمل للصحة النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (٦٤) من الذكور.

أدوات الدراسة: قد استخدم الباحث الأدوات التالية: المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق، وقائمة عوامل الشخصية الخمسة (الصورة السعودية للذكور) من إعداد (الرويتع).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

– وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين العصابية والدرجة الكلية للوسواس القهري.

– وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الانبساطية والدرجة الكلية للوسواس القهري.

– لا توجد علاقة بين التفاني والدرجة الكلية للوسواس القهري.

– وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الوداعة والدرجة الكلية للوسواس القهري.

– وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الانفتاح على الخبرة والدرجة الكلية للوسواس القهري.

– عدم وجود اختلاف في درجات الوسواس القهري باختلاف (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الزواجية).

–دراسة الآغا(٢٠٠٩) في غزة:

عنوان الدراسة: "دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي"

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي للأفعال والأفكار في علاج الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (٢٠) مريض من مرضى الوسواس القهري موزعين على (١٠) مرضى مصابين باضطراب وسواس الأفكار القهري، و(١٠) آخرين مصابين باضطراب وسواس الأفعال القهري.

أدوات الدراسة: المقياس العربي للوسواس القهري، واستخبار آيزنك للشخصيةE.P.Q.

نتائج الدراسة: وقد توصلت الدراسة إلى، أن متوسط بعد الانبساط (الانطواء) عند المرضى بلغ ٨،٧ درجة وبانحراف معياري ٣،٨وبوزن نسبى (٤١،٢ %) ، وأن متوسط بعد الشخصية العصابية عند مرضى الوسواس القهري بلغ ١٦،٠ درجة وبانحراف معياري ٢،٧ ، وبوزن نسبى (٦٣،٨ %) ، وأن متوسط بعد الشخصية، الذهانية عند المرضى بلغ ١٨،٦ درجة وبانحراف معياري ٣،٩ ، وبوزن نسبى (٨٠,٩%)تبين أن متوسط بعد الكذب (الجاذبية الاجتماعية) عند المرضى بلغ ١٢،٩ درجة وبانحراف معياري ٢،٤ ، وبوزن نسبى (٦١،٢ %) ، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات البعدي في مقياس الوسواس القهري ،كذلك توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات البعدي في مقياس الوسواس القهري والفروق كانت لصالح القياس البعدي .

٢-دراسات عربية تناولت الضغوط النفسية:

دراسة الشريف(٢٠٠٣) في دمشق:

عنوان الدراسة: أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية والعصبية والعامة).

هدف الدراسة: تعرف أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية والعصبية والعامة).

عينة الدراسة: بلغ (٤٠٠) طبيب جراح وكان توزعهم (٣٠) جراحة قلبية و(٤٧) جراحة عصبية و(٧٥) جراحة عامة.

أدوات الدراسة: استبانة لقياس أساليب المواجهة (أعدت من قبل الباحثة)، استبانة لقياس نمط الشخصية A-B (أعدت من قبل الباحثة)، قائمة أعراض الضغط النفسي مترجم عن Letz.

نتائج الدراسة: توجد علاقة في متوسط درجات الضغط النفسي بين أطباء الجراحة العامة والعصبية وبين أطباء العامة والقلبية، ولا يوجد فروق بين القلبية والعصبية، وتوجد علاقة بين درجة الضغط النفسي والعمر المهني وبين أسلوب المواجهة الانفعالية والعمر المهني، وتوجد علاقة بين درجة الضغط النفسي ونمط الشخصيةA ، ويوجد ارتباط بين بعض أساليب المواجهة وسمات نمط الشخصيةA .

-دراسة التوم(٢٠١١) في فلسطين:

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية وعلاقتها بالأداء المهني لدى الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة.

هدف الدراسة: التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية والأداء المهني لدى الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة.

عينة الدراسة: تكونت من (٥٠٠) طبيب وطبيبة.

أدوات الدراسة: مقياس الضغوط النفسية إعداد الباحث، مقياس الأداء المهني.

نتائج الدراسة: وجدت علاقة عكسية بين الضغوط النفسية والأداء المهني للأطباء، ووجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث ولمتغير المؤهل العلمي لصالح البكالوريوس وفي متغير القسم لصالح قسم الباطنية، ومتغير المستوى الاقتصادي لصالح المستوى الاقتصادي المتوسط، ومتغير مكان العمل لصالح العاملين في محافظة الجنوب.

ثانياً: دراسات أجنبية:

١-دراسات أجنبية تناولت الوسواس القهري:

-دراسة ركتور وآخرونRector et al (٢٠٠٥) في إيطاليا:

عنوان الدراسة: "ارتباطات صفات الشخصية كما تم تقيمها بواسطة نموذج العوامل الخمسة للشخصية، بالأعراض المحددة للوسواس القهري"

"Personal qualities of the links have also been evaluated by five factors model of personality, symptoms of obsessive-compulsive disorder specified"

هدف الدراسة: دراسة التنبؤات في الشخصية للأعراض القهرية.

عينة الدراسة: وتكونت العينة من (٥٦) من مرضى الوسواس القهري والمشخصين وفق الدليل الأمريكي الرابع DSM-IV.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون مقياس يل براون لقياس درجة الوسواس.

نتائج الدراسة: وأثبتت الدراسة انخفاض في درجة الانفتاح على الخبرة في علاقته بالوسواس القهري، فالميول نحو التأثيرية السلبية للانفتاح على الخبرة تؤدي إلى قابلية أحادية لتطور الوسواس القهري، كما أن حالات الانفتاح يمكن أن تؤثر على شدة الأعراض القهرية.

-دراسة هود وآخرون Hood et al (٢٠٠٥) في كندا:

عنوان الدراسة: "الاختلافات الشخصية لدى المشخصين بمرض الوسواس القهري، ومرض الاكتئاب الأساسي"

"Personal differences diagnosed with obsessive-compulsive disease, and depression is the primary"

هدف الدراسة: معرفة الاختلافات الشخصية لدى المشخصين بمرض الوسواس القهري، ومرض الاكتئاب الأساسي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٩٨) مريضاً بالوسواس القهري وعينة الاكتئاب تكونت من (٩٨) مكتئباً.

أدوات الدراسة: استخدام مقياس العوامل الشخصية الكبرى.

نتائج الدراسة: وكانت نتائج الدراسة عن انبساطية عالية وعصابية منخفضة لدى المرضى بالوسواس القهري.

٢-دراسات أجنبية تناولت الضغوط النفسية:

-دراسة ستورات وآخرونStewart& et.al (1997) في هونغ كونغ:

عنوان الدراسة: منبئات الضغط النفسي لدى طلاب سنة أولى طب.

Predictors of stress among students of first year Medicine.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التنبؤ بسمات الطلاب الذين يعانون من ضغوط نفسية وأساليب المواجهة المستخدمة لديهم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٢١) طالب أعمارهم بين(١٨-٢٣) سنة من طلاب سنة أولى طب في هونج كونغ، اختبرت مرتين، المرة لأولى قبل بدء التدريب الطبي والمرة الثانية بعد ثمانية شهور تقريبا من بداية الدراسة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة استبيان سمة وحالة القلق ومقياس الاكتئاب واستبيان أساليب مواجهة الضغوط .الأساليب الإحصائية المستخدمة المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري ومعاملات الارتباط واختبار" ت."

نتائج الدراسة: أن الطلاب الذين بدئوا سنة أولى بمستوى درجات منخفض، ودرجات مرتفعة في سمة وحالة القلق والميل المنخفض للتفاؤل والاعتماد على أسلوب المواجهة المتجنب بعد ثمانية شهور من الدراسة وجد أن لديهم ارتفاع خطير في تطور أعراض الاكتئاب والقلق. لكن المجموعة التي زاد اهتمامها بالمنهج والبيئة والمهارات الشخصية والتحمل والوقت وحياتهم خارج مدرسة الطب بمقارنة تقاريرهم في بداية الدراسة وبعد الدراسة بثمانية شهور وجد أن زيادة الاهتمام يرتبط بتقليل القلق والاكتئاب وفي كلا الحالتين استخدام استراتيجية المواجهة المتجنبة يزيد من القلق والاكتئاب، وفي الحالة الثانية استخدام استراتيجية المواجهة الفعالة يقلل من القلق والاكتئاب، أي أن زيادة القلق والاكتئاب يزيد من الضغط واستخدام استراتيجية المواجهة المتجنبة.

دراسة كيلو Kellow(٢٠٠١) كندا:

عنوان الدراسة: الكشف عن الضغوط ومصادرها وطرائق التكيف معها لدى ممرضي وممرضات قسم الطوارئ بمستشفيات وينبيج.

Exploring types and sources of stress in emergency nursing maste

أهداف الدراسة: الكشف عن أنماط الضغوط ومصادرها وطرائق التكيف معها لدى ممرضي وممرضات قسم الطوارئ بمستشفيات وينبيج.

أدوات الدراسة: مقياس الضغوط النفسية ومصادرها.

عينة الدراسة: (٢٠٠) ممرض وممرضة.

نتائج الدراسة: وجود ضغوط واضحة لها علاقة بالتعامل مع المرضى، وأخرى لها علاقة بنظام العمل القائم في قسم الطوارئ، وأخرى تتصل بعلاقة شخصية مع زملائهم في العمل مع بعضهم ومع الآخرين.

دراسة جيرسيسGurses (٢٠٠٥) أميركا:

عنوان الدراسة: العلاقة بين عقبات العمل وإدراك عبئ العمل وجودة بيئة العمل وإدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة بين ممرضي وممرضات العناية المركزة.

Performance obstacles and facilitators, workload, quality of working life, and quality and safety of care among intensive care nurses.

أهداف الدراسة: دراسة العلاقة بين عقبات العمل وإدراك عبئ العمل وجودة بيئة العمل وإدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة بين ممرضي وممرضات العناية المركزة.

أدوات الدراسة: المقاييس التالية:(عقبات العمل، إدراك عبئ العمل، إدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة والخلفية العلمية والمعلومات السكانية).

عينة الدراسة: (٣٠٠) ممرض وممرضة في ١٧ قسم عناية مركزة في ٧مستشفيات.

نتائج الدراسة: هناك علاقة مباشرة بين عقبات وإدراك العمل، وعقبات العمل وإدراك جودة بيئة العمل، وعقبات العمل وإدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة، عقبات العمل مثل ضيق مساحة العمل، نقل المعدات أو ملفات المرضى، عدم تخزين المعدات بشكل جيد، وعدم كفاية المعلومات المقدمة من قبل الأطباء حول الحالة، وعدم تنظيم بيئة العمل، كانت جميعها ترتبط بشكل بارتفاع إدراك عبئ العمل، وقلة إدراك جودة بيئة العمل، وقلة إدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى.

دراسة ديربي وآخرون Dyrbye et al (٢٠٠٦) أمريكا وكندا:

عنوان الدراسة: استعراض منهجي للقلق والاكتئاب والمؤشرات الأخرى للمعاناة النفسية بين طلاب الطب الكندي والأمريكي.

Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress among U.S. and Canadian Medical Students.

أهداف الدراسة: استعراض منهجي للقلق والاكتئاب والمؤشرات الأخرى للمعاناة النفسية بين طلاب الطب.

أدوات الدراسة: مقياس (القلق، الاكتئاب، المعاناة النفسية).

عينة الدراسة: (٤٠) طالب/ة طب.

نتائج الدراسة: تشير إلى ارتفاع معدل انتشار القلق والاكتئاب بين الطلاب، مع مستويات عالية من المعاناة النفسية عموماً أعلى من عامة السكان وأقرانهم، وقد كانت أعلى بين الذكور أكثر من الإناث.

دراسة مونا ليزا وآخرون Monalisa et al(٢٠٠٨) البرازيل، استراليا، أمريكا، كندا، سويسرا:

عنوان الدراسة: العوامل التي تسبب الضغوط للأطباء والممرضين العاملين في طب الأطفال وحديثي الولادة في وحدة العناية المركزة.

Factors that cause stress for physicians and nurses working in a pediatric and neonatal intensive care unit.

هدف الدراسة: التعرف إلى العوامل التي تسبب الضغوط للأطباء والممرضين العاملين في طب الأطفال وحديثي الولادة.

أدوات الدراسة: مقياس يقيس العوامل التي تسبب الضغوط للأطباء والممرضين العاملين في طب الأطفال وحديثي الولادة.

عينة الدراسة: طبقت الدراسة من ١٩٩٠-٢٠٠٧ وكان مجموع العينة(١٤٦٤) أطباء وممرضين.

نتائج الدراسة: وضحت النتائج وجود ما يلي:(عبء العمل، الإرهاق، الرغبة بالتخلي عن عملهم، الإجهاد المهني، مستويات عالية من الكورتيزول).

تعقيب على الدراسات السابقة:

لقد قامت الباحثة من خلال عرض الدراسات العربية والأجنبية بوضع الدراسات المناسبة والتي لها علاقة بسيطة قدر المستطاع بدراسة الباحثة من خلال عرض الدراسات السابقة، ورغم ما قامت به الباحثة من الاطلاع الدؤوب على الدراسات والأدب المتعلق بموضوع الدراسة، إلا أن الباحثة واجهت صعوبة في الحصول على دراسات سابقة تتحدث في موضوع الدراسة بشكل مباشر، كذلك إن الموضوع لم ينل قسطاً وافراً من الدراسات التربوية والنفسية بشكل عام خصوصاً على الصعيد العربي، فعلى -حد علم الباحثة- لم توجد أي دراسة تناولت علاقة المتغيرين ببعضهما(الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية)،ولم توجد أي دراسة تناولت الوسواس القهري لدى الأطباء والممرضين ولكن وجد دراسات تناولت إما الضغوط النفسية منها (الشريف،٢٠٠٣)و(ستورات،١٩٩٧)، ولقد كانت الدراسات تتناول اضطراب الوسواس القهري فقط مثل(جودة ،٢٠٠٤)، او العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهري(الطلوحي،٢٠٠٦)و(الآغا،٢٠٠٩)(ركتور Rector ،٢٠٠٥)،أما بالنسبة للضغوط النفسية والمهنية، فقد كانت دراسة أساليب مواجهة الضغوط النفسية(الشريف،٢٠٠٣)، أو الضغوط النفسية وعلاقتها بالأداء المهني(التوم،٢٠١١)، أو دراسة منبئات الضغط النفسي(ستورات Stewart ، ١٩٩٧).

وقد كانت نقاط الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

-الاهتمام بالوسواس القهري.

-الاهتمام بالضغوط النفسية والمهنية.

نقاط الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

-لم تقدم الدراسات السابقة الاهتمام الكافي لشريحة الأطباء والممرضين من حيث الإصابة بالاضطرابات النفسية (الوسواس القهري).

-لم يتم تقديم دراسة اهتمت بربط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية فقط دراسة ديربي وآخرون Dyrbye et al (٢٠٠٦) أمريكا وكندا كانت قريبة تناولت علاقة القلق بالمعاناة النفسية.

-يلاحظ من العرض السابق ندرة التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

الفصل الثالث: الإطار النظري

أولاً: الوسواس القهري:

تمهيد:

لقد تطور مفهوم الوسواس القهري بشكل تدريجي من خلال نتائج الملاحظات الإكلينيكية التي تمت في بداية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، ومن خلال هذه النتائج أمكن تحديد مجموعة من الخصائص لهذا الاضطراب لها درجة عالية من الثقة بعد أن تم اختبارها وتطبيقها .وقد وصف أفلاطون في جمهوريته مرضى الوسواس القهري بأنهم دائمي الفكر والحلم في أمراضهم (بيار وآخرون،١٩٩٠، ص٤٢-٤٣). وقام اسكويرول في عام ١٨٣٨لأول مرة قبل حوالي المائة والخمسين عاما بوصف أعراض الوسواس القهري بشكل دقيق إلى حد ما (رينيكير ،٢٠٠٩، ص١٨١). وفي فرنسا قام الطبيب الفرنسي موريل Morelعام ١٨٦٦ بإطلاق اسم الوسواس على الأفكار التي تسيطر على الفرد رغما عنه ولا يستطيع إبعادها أو التخلص منها، ووصف جانيه Janetعام ١٩٠٣ أعراض الوسواس القهري تحت مصطلح السيكاثينيا والتي تضم كل من الوساوس و القهر Obsession & compulsion والفوبيا وحديثاً تم استبعاد الفوبيا في المعاجم السيكولوجية عن الوساوس القهرية، وبدأ تعريف الوساوس القهرية والأفعال القهرية على أنهما وجهان لمرض واحد وإن كان من الممكن أن يوجد لدى الفرد الوساوس فقط دون الأفعال القهرية ،لكن في الغالب إذا وجدت الأفعال القهرية وجد معها الوسواس لدى المريض نفسه(سعفان،٢٠٠٣،ص٢٢-٢٣).

وكما اعتاد الغربيون فإنهم يعزون كل تطور علمي ويرجعون بداياته إلى علمائهم متناسين كل الذين سبقوهم في وضع الملاحظات والإشارة إلى أمور لم ينتبه أحد لها من قبل، وفي موضوع الوساوس القهرية هناك إسهامات للعلماء العرب كانوا سباقين فيها، حيث قدم أبو زيد البلقي (٨٥٠-٩٣٤)وهو أحد علماء العالم الإسلامي علاجاً معرفياً سلوكياً للوسواس، واستخدم طرقاً مشابهة لما استخدمه (ولبي ولازاروس)،وذكر ابن سينا(٩٨٠-١٠٣٨)في كتابه الشهير (القانون) علاجاً لاضطراب الوسواس القهري، وكتب ابن قدامة المقدسي(١١٥١-١٢٠٩)رسالة صغيرة تحت عنوان(ذم الموسوسين) (عبد الخالق،٢٠٠٢،ص٢٣).

ويتضح أن مفهوم الوسواس القهري قد تعرض لتغيرات مهمة عبر الأعوام، وقد أعتبر لأعوام عديدة أحد أعقد الأمراض النفسية (بارلو،٢٠٠٢، ص٤٧٢).

يعد مرض الوسواس القهري من الأمراض النفسية الشائعة والذي يمكن الاستدلال عليه من خلال ملاحظة سلوك المريض، وما يقوم به من أفعال، أو من خلال ما يذكره في التقرير الذاتي، أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الآخرين، أو من خلال الأدوات المناسبة في التشخيص (سعفان،٢٠٠٣، ص٧).

والوسواس القهري موجود لدى جميع الأفراد الأسوياء منهم والمرضى، ولكن الفارق هو في الدرجة، فهناك الشخصية Personality القهرية (السواء)، وهناك اضطراب Disorder الوسواس القهري (المرض) فالشخصية يلازمها عرض واحد، أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة أو خصالاً حميدة، كالنظافة والدقة والنظام ويقظة الضمير والوفاء بالعهد أما إذا زادت عن حدها فإنها تصل إلى اضطراب الوسواس القهري، حيث تتجمع الأعراض في زملة أو متلازمة Syndromeوبدلاً من أن تيسر حياة الفرد فإنها تعوق توافقه، وتؤثر سلباً في حسن أدائه(العنزي،١٩٩٧،ص١٨٥).

ويتميز الوسواس القهري بعدم امتداده عند العاديين لفترة طويلة، فلا يعمل على التأثير في سلامة التفكير بشكل كبير ومن السهل أن يزول مع الزمن، أما الوسواس القهري المرضي يتحكم تحكماً تاماً في الوظائف الشعورية، ويلح على الفرد بصفة مستمرة، مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد والفعل بطريقة معينة قد تستحوذ على الفرد دون أن يستطيع مقاومتها والتخلص منها (الزعبي،١٩٩٤، ص٦٩).

هكذا تطورت المعرفة بهذا المرض ،وتتابع التطور حتى يومنا الحاضر حي أصبح جميع المختصين تقريباً يعتمدون على مصادر متفق عليها في ملاحظة أعراض الوسواس القهري، فمعظم المختصين النفسيين يعتمدون على تصنيف المنظمة العالمية للصحة النفسيةICD والدليل الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM بنسخهما وتعديلاتهما، لأن المعرفة لا تقف عند نقطة معينة ففي كل يوم ملاحظة جديدة وبالتالي وجهة نظر جديدة، فإن اضطراب الوسواس القهري يؤثر على حياة الفرد الشخصية والاجتماعية، كما يؤثر على عمل الفرد لذلك لابد من التعرف على كل ما يتعلق بهذا الاضطراب والإلمام بكل ما يخصه لدى الأطباء والممرضين، لمساعدتهم ليتمتعوا بصحة نفسية ويعيشوا حياة سليمة في مجتمعاتهم.

تعريف الوسواس القهري:

عرفه الرفاعي: بأنه أفكار أو دوافع شعورية تتسلط على الفرد وتلح عليه وذلك على الرغم من شعوره بسخافتها وبعرقلتها لسير تفكيره وحركاته وافعاله اللازمة له (الرفاعي،١٩٨٢، ص٣٣١).

تعرف منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الوسواس القهري: بأنه أفكار أو أفعال قهرية متكررة. والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن

الشخص المرة تلو الأخرى بشكل متكرر ونمطي، وهي تقريباً مثيرة دائماً للإزعاج، ويحاول المريض عادة أن يقاومها ولكن دون نجاح، ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة، أما الأفعال والطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، أما المريض فيرى فيها غالباً وقاية من حدث ما لا يحتمل وقوعه، وغالباً ما يتضمن أذى موجها من الشخص أو أليه، وغالباً ما يدرك المريض بأنه لا معنى ولا تفسير لسلوكه ويقوم ببذل محاولات كثيرة لمقاومته(عكاشة،١٩٩٩،ص١٥٢).

تعرفه قطينة: بأنه أفكار متكررة تتدخل في السلوك السوي وتعطله، فتشغل ذهن المريض ويشعر بنوازع غريبة عنه، ويضطر للقيام بتصرفات لا تجلب له السرور، ولا يملك القدرة على التخلي عنها، والأفكار الوسواسية قد لا يكون لها معنى في ذاتها، وقد لا تعني شيئاً بالنسبة للمريض، وكثيراً ما تكون في منتهى السخف، ويظل يتأمل ويفكر، وكأن الأمر يتعلق بالحياة أو الموت، بالنسبة له (قطينة،٢٠٠٣، ص١٠٩).

تعريف فرج: بأنه افكار مقتحمة وغير مرغوبة وصور ذهنية ودفعات او مزيج منها وهي عموما مقاومة وتتصف ايضاً بكونها داخلية المنشأ (فرج،٢٠٠٠، ص٦٠).

وهكذا ترى الطالبة أن الوسواس القهري هو مجموعة من الأفكار أو الصور الذهنية أو الدفعات المتكررة التي تسيطر على تفكير الفرد يقوم بها استجابة للأفكار مما يؤدي إلى خفض القلق والتوتر الذي تسببه، ولا يستطيع التخلص منها بالرغم من إدراكه لعدم منطقيتها، ويحاول أن يتجنبها أو يبعدها بأفكار أخرى إلا أنه لا يجد لهذا الأمر سبيلا، مما يؤدي إلى وقوعه في حلقة مفرغة، وبالتالي تعيق حياته ونشاطاته اليومية.

أسباب اضطراب الوسواس القهري:

هناك العديد من الأسباب التي تساهم في نشوء اضطراب الوسواس القهري من هذه الأسباب:

١-الأسباب العضوية الوراثية:

بينت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في اضطراب الوسواس القهري فهو أكثر في التوائم المتماثلة (٣٣%-٦٣%)عنه في التوائم غير المتماثلة (٧%)، وإن كانت بعض الدراسات قد أشارت إلى غير ذلك، وتكون العوامل الوراثية أكثر وضوحاً في الحالات التي يبدأ فيها ظهور الأعراض قبل سن الرابعة عشرة، كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري في أفراد عائلة المريض أعلى منها في أفراد المجتمع العاديين حيث وصلت إلى ٣٥%في الأقارب من الدرجة الأولى مقارنة بنسبة ١%-٣%في أفراد المجتمع العاديين، كما أن نسبة وجود الوسواس القهري في آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من

الوسواس القهري تصل إلى ١٨%. إلا أن هذه الدراسات بالطبع لم تستطع حتى الآن الفصل بين ما هو وراثة خالصة متعلقة بالجينات، وبين ما هو ناتج عن ظروف بيئية أو ثقافية لعائلة معينة، خاصة وأنه لم تجر حتى الآن دراسات التبني(Adoption Studies) وتعني أن يربي والدٌ موسوس أطفال والد غير موسوس أو العكس، التي ربما تعطي بعض الإشارات على هذا الموضوع، وأما محاولات إيجاد ارتباط بأحد المواقع الجينية فلم تعط حتى الآن نتائج واضحة أو أكيدة نظراً لصعوبة هذا النوع من الدراسات إضافة إلى تضارب نتائجها سواءً في وراثة الاضطراب نفسه أو المادة الجينية المسؤولة عن تشكيل مستقبلات السيرتونين(Samuels,2009,p227).

٢-الأسباب البيئية:

يرى الكثير من الباحثين أن ظهور الوسواس القهري مرتبط بظروف ثقافية واجتماعية تتعلق بالحياة الأسرية كالحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر التقبل والحماية خاصة في فترة الطفولة المبكرة، حيث أن الاتجاهات الوالدية الخاطئة في تنشئة الأبناء دور كبير في تكون الأعراض القهرية عند الأبناء، فالآباء يشجعون الأبناء على اكتساب صفاتهم الخاصة ومن الغالب أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبنائهم على تعلم هذه السمات وتنميتها، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حيث يشعرون بالارتياح حين تظهر السمات الخاصة بهم لدى أبنائهم(البناني،٢٠١١، ص٥٠).

٣-الأسباب الفيزيولوجية:

ترى الدراسات أن هناك عدة براهين تؤكد دور العوامل الفيزيولوجية وهي وجود بؤرة كهربائية تؤدي إلى تكرار نفس الحركة أو الاندفاع بالإضافة لوجود تاريخ عائلي لمرضى الوسواس القهري بالإصابة أثناء الولادة، وكما تبين أن بعض مرضى الصرع تظهر لديهم أعراض تشبه أعراض الوسواس، ودراسات النشاط الأيضي لمناطق الدماغ لمرضى الوسواس القهري كشفت عن زيادة النشاط الأيضي في بعض المناطق عن غيرها بالإضافة لوجود العديد من الشذوذات الغير نوعية في نمط تخطيط الدماغ لهؤلاء المرضى (حمودة،٢٠٠٧، ص٤٣٤).

٤-الأسباب الاجتماعية:

التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة، والقسوة الزائدة على الأبناء والكره والنبذ والقمع وغيرها من الأساليب الخاطئة، فتكون تلك الأفعال نواة لظهور أعراض الوسواس لدى الفرد، ويؤكد علماء النفس أن ظهور العصاب القهري يرتبط بشكل عام بالحرمان من الحب والعاطفة والتقبل وخاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل، فالآباء الذين لديهم سمات قهرية، يميلون إلى تشجيع أطفالهم على اكتساب هذه السمات (الخليدي ووهبي،١٩٩٧، ص١١٢).

٥-أحداث الحياة:

توجد في ٥٥%من الحالات التي تعاني من عصابات مختلفة أحداث حياتية شديدة قبل ظهور الاضطراب، وتشير أغلب الدراسات إلى نسب أعلى إلا أنها لا تشير إلى مجموعات ضابطة، وفي ٣٠%من حالات الوسواس القهري يلاحظ وجود أحداث حياتية، وقد حددت دراسة أجريت في هونغ كونغ الإحباطات والإرهاقات والضغوطات بوصفها أحداث حياتية حرجة، وفي السياق العيادي إيجاد إرهاقات شديدة لدى كثير من المرضى ومن ثم يمكن إيجاد آليات مواجهة غير ملائمة (رينكر،٢٠٠٩، ص١٨٧).

المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري:

كان يعتقد سابقاً أن الوسواس القهري هو نوع من المس الشيطاني أو الجنون، وبعد تطور العلم والبحث في هذا المجال بدأت وجهات النظر تتغير، فبدأ ينظر إليه على أنه اضطراب له أعراض مميزة عن باقي الاضطرابات النفسية. كان هناك الكثير من المحاولات لتصنيف الأعراض المميزة لكل اضطراب ومن بين أهم التصنيفات المستخدمة عالمياً هما تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD-10 وتصنيف رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM-5 وأما تصنيف منظمة الصحة العالمية لاضطراب الوسواس القهري في تصنيفها العاشر المعدل(ICD-10) كالتالي: من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية obsessional symptomsأو أفعال قهرية compulsive actsأو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدراً للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة وتتميز الأعراض الوسواسية بالمميزات التالية:(أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة.

(ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لايزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، حتى إذا كانت هناك أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.

(ج) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل بحد ذاته مصدراً للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى).

(د) يجب أن تكون الأفكار، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج.

ويقسم الوسواس القهري إلى عدة أنواع كالتالي:

اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار او اجترارات وسواسية.

اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية).

أفكار وأفعال وسواسية مختلطة.

اضطرابات وسواسية –قهرية أخرى.

اضطراب وسواسي–قهري غير معين (عكاشة،١٩٩٩، ص١٥٣–١٥٥).

بالنسبة للمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري كما ذكرت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM–5:

A–وجود وساوس، أفعال قهرية أو كليهما:

وتعرف الوساوس ب(١) و(٢):

(١) أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة ومستديمة، يختبرها المريض في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها إقحاميه وغير مرغوب بها، وذلك في معظم الأفراد، وتسبب قلقاً أو إحباطاً واضحين.

(٢) يحاول المصاب تجاهل أو قمع هذه الأفكار، أو الاندفاعات، أو الصور، أو تعطيلها بأفعال وأفكار أخرى.

وتعرف الأفعال القهرية ب(١) و(٢):

(١) سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل: الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المصاب أنه مدفوع لأدائها استجابة لوساوس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

(٢) تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل القلق أو الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع، ومع ذلك إن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما هي مصممة لتعطيله أو منعه أو أنها مفرطة بوضوح.

ملاحظة: الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

B–الوساوس والأفعال القهرية هي مضيعة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً) وتسبب ضائقة هامة سريرياً، أو تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي الروتيني الطبيعي أو المهني، أو مجالات أخرى من الأداء.

C–أعراض الوسواس القهري لا تعزى إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثال ،سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو حالة طبية أخرى.

D–الاضطراب لا يفسر بأعراض اضطراب عقلي آخر (مثل، المخاوف المفرطة كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر بوجود اضطراب تشوه شكل الجسد، صعوبة في تجاهل أو فراق ممتلكاتهم كما

هو الحال في التخزين، نتف الشعر بوجود هوس نتف الشعر، نزع الجلد كما في اضطراب نزع الجلد، النمطية، الانشغال بالطعام بوجود اضطرابات الأكل ، الانشغال بالعقاقير بوجود اضطراب استخدام المواد كما هو الحال في الادمان والاضطرابات المتصلة بالمخدرات، الانشغال برغبات أو هوامات جنسية، الانشغال بالإصابة بمرض خطير بوجود المراق، اجترارات مذنبة بوجود اضطراب اكتئاب جسيم ، واضطرابات ذهانية أخرى، تكرار أنماط السلوك كما هو الحال في اضطراب طيف التوحد.

حدد إذا كان:

مع بصيرة جيدة: حيث يدرك المصاب بالوسواس القهري أن المعتقدات هي بالتأكيد أو على الأرجح غير صحيحة.

مع ضعف بصيرة: يعتقد المصاب أن الوساوس القهرية ربما صحيحة.

مع غياب البصيرة: المصاب مقتنع تماماً أن معتقدات الوسواس القهري صحيحاً.

حدد إذا كان: المصاب لديه تاريخ مرضي، أو اضطراب عرة(DSM-5,2013,p237)

الانتشار:

إن بداية ظهور أعراض الوسواس القهري هي مرحلة الطفولة وبالخصوص الطفولة المتأخرة، وتزداد أثناء المراهقة والشباب، وأن أعلى نسبة لها تنحصر ما بين سن ٢٠-٣٠عام (سعفان،٢٠٠٣، ص٦٥).

ذكرت سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية أن البيانات المستمدة عن دراسات أجريت على عينات مجتمعية تشير على تقديرات لاضطراب الوسواس القهري طوال الحياة تصل ٢,٥% ولمدة عام إلى ١,٥-٢,١%(سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، ٢٠٠١، ص٢٧٧).

تتعدد نسبة الإصابة بهذا الاضطراب فهي الأقل في تايوان فتتراوح ما بين ٠,٥%إلى ٠,٩% وفي الهند ٠,٦% بينما في أوروبا تتراوح النسبة ما بين ٢,٦% إلى ٣,٢%(Sartorius et al ,2002).

ونسبة شيوع الاضطراب ٢-٣% ويحدث بأي عمر (من عمر السنتين)، والشائع أن نجد اضطراب نفسي آخر مع ocd منها (الاكتئاب، اضطرابات القلق (القلق الاجتماعي)، تعاطي المواد(الكحول)، اضطرابات الطعام، اضطرابات الطعام، اضطرابات الشخصية، العرات٢٥%، متلازمة توريت)

.(Sadock et al,2015 , p418)

ويقدر انتشار هذا الاضطراب بحوالي ٢,٥%في المجتمع، وقد أسفرت الدراسات عن أن أكثر من النصف قليلاً من مرضى الوسواس القهري هم من الإناث، ويتراوح متوسط العمر لبداية ظهور الاضطراب بين

المراهقة المبكرة ومنتصف العشرينات، والكثير من المرضى بالوسواس القهري، يعانون لعدة سنوات قبل أن يسعون لطلب العلاج (بارلو،٢٠٠٢، ص٤٧٧).

لاحظنا مما سبق أن نسب انتشار هذا الاضطراب متباينة بين المجتمعات، وأن هناك الكثيرين في بيئتنا المحلية ممن لديهم بعض الأعراض من اضطراب الوسواس القهري، وظهر ذلك من خلال احتكاك الباحثة بالكثير منهم، أو سماع بعضهم يشكو عن وجود هذه الأعراض عند واحد من أقاربهم، ولكنهم لا يعيرونه أي اهتمام ظناً منهم أنه أمر طبيعي وليس بحاجة للعلاج مع اعترافهم بأنه يسبب الكثير من الضيق لهم وللآخرين، وهذا يدل على انتشار هذا الاضطراب في مجتمعنا بشكل ملحوظ.

الفئات التصنيفية لاضطراب الوسواس القهري:

أ-تصنف الوساوس من حيث أنواعها ومضمونها إلى:

١-**وساوس شك:** حيث يكون لدى الفرد اعتقاد بأن أي مهمة يقوم بها لا تتم على وجه صحيح ويكون غير راض عنها.

٢-**وساوس التفكير:** وهي عبارة عن سلسلة من الأفكار الاجترارية المتصلة، وتتصل إحداها على الأقل بأحداث مستقبلية.

٣-**الوساوس القهرية (الاندفاعات):** وفيها يكون لدى الفرد مطالب قوية تحمله على التصرف بسلوكيات قد تكون تافهة وبشكل هجومي وغير متحكم بها، ولديه رغبة جامحة واندفاع للقيام بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها.

٤-**وساوس الخوف:** وهو الخوف من فقدان التحكم، والتصرف بشكل محرج في موقف اجتماعي (كالخوف من الضحك في جنازة).

٥-**وساوس الصور:** وهي استمرار وجود الصور السلبية التي رآها الإنسان سابقاً والتي تكون حاضرة دائماً (Oltmans et al,1995,p10).

ب-تصنف الأفعال القهرية كما يلي:

فئة طقوس الاغتسال والنظافة: ينزعج هؤلاء المرضى مما يعتقدون بأنه ملوث، وهي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشاراً، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الجراثيم، أو النفايات، أو القذارة أو البول أو الغائط أو جميعهم وغيرها، مما يؤدي لقيامه بطقوس النظافة والاغتسال بشكل مستمر ومتكرر،

كغسل اليد بشكل مفرط قد يصل إلى ٥٠مرة يومياً أو الاستحمام أربع مرات يومياً أو أكثر (Desilva & Rachman,1993, p28).

فئة طقوس المراجعة والتأكد: عادة ما تكون لدى الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة مشاعر مضطربة حول عدم إتمامهم للعمل على أكمل وجه، حيث يقومون بالمراجعة من الأعمال أدوها ويصابون بالقلق إذا لم يفعلوا ذلك، فهم يقومون عدة مرات بالمراجعة من غلق الأبواب، أو النوافذ أو الأفران، أو قد يتأكدون من وضع الأشياء في أماكنها، أو قد يفتحون الرسائل عدة مرات للتأكد من أنهم قد وضعوها في الظرف وعادة ما يقومون بهذه الطقوس لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو بالآخرين، وترتبط هذه الأفعال القهرية بشكل مباشر بوساوس الخوف لديهم، فالأفراد الذين يتأكدون عدة مرات من غلق أنابيب الغاز، يخافون حدوث حريق، وقد يرتبط التأكد والمراجعة بوساوس التلوث أيضاً فهم يقومون بالاستحمام عدة مرات للتأكد من أنهم قد تخلصوا من التلوث(Jenike et al,1998,p4).

وقد نلاحظ تداخل طقوس المراجعة مع طقوس النظافة بشكل واضح، حيث يتأكد الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة من أنهم قد أتموا غسل أيديهم عشر مرات أحياناً وليس أقل، وترجع بداية اضطرابات طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية، حيث تلعب دوراً بارزاً في تطور هذا الاضطراب، أما الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة فقد يبدأ المرض لديهم فجأة (Minichiello et al,1990,p147-150).

٣-**فئة وساوس الأفكار والأفعال القهرية المقنعة:** هناك افتراض عام بأن السلوك القهري مكشوفOvert وحركي، بينما الوساوس مقنعةCovert ومعرفية، غير أن بعض الدراسات ذكرت

(Desilva & Rachman,1993) أن هذا الافتراض غير صحيح، لأن الأفعال القهرية قد تأخذ أحياناً شكل السلوك المقنع، ولهذا السبب فإنه يبدو من المفيد الابتعاد عن التمييز القائم على نوع الوسائط بين الوساوس والأفعال القهرية والتوجه إلى منحى وظيفي غير محدد تكون فيه الأفعال القهرية نشاطاً ينتج عن الإلحاح القهري، ويخدم الوظيفة النفسية ذاتها سواء كان مقنعاً أو مكشوفاً، فعدم الراحة تكون نتيجة لوساوس سابقة، كالشخص الذي يوسوس (بقتل أبيه) يعقبها القيام بترديد بعض الأدعية سراً (سلوك قهري مقنع) ليتخلص من عدم الشعور بالراحة (Desilva & Rachman,1993, p45).

حيث يعتقد هؤلاء الأفراد عند قيامهم بترديد تلك الأدعية أو قيامهم بترديد أرقام معينة سراً بأنهم يمنعون حدوث كارثة أو كرب قد يحل بهم أو بغيرهم.

٤-**فئة الأفعال القهرية المختلطة والمكشوفة:** وتلاحظ لدى الأفراد الذين ينخرطون في وضع الأشياء بترتيب معين، أو الذين لا يستطيعون التخلص من الأشياء القديمة وغير الضرورية-أي المحبين للاكتناز، ويقوم هؤلاء بملء الغرف والمنازل بالأشاء البالية لاعتقادهم بحاجتهم لها يوماً ما (Beecham,1997).

وتعد وساوس الشك هي الأكثر انتشاراً، تليها طقوس المراجعة، وبينت دراسة للوكمان وآخرون على عينة كبيرة باستخدام مقياس يل براون Yale-Brown أن أهم الأنواع الوسواسية القهرية انتشاراً هي:

(طقوس المراجعة، التماثل والترتيب، النظافة والاغتسال، وساوس الأفكار فقط).

وقد ظهرت هذه الأعراض الأربعة عند أكثر من ٦٠% من أفراد العينة، يتضح من هذا أن الوساوس والأفعال القهرية قد تتداخل معاً (Leckman et al,1997,p911-917).

وعلى الرغم من التصنيفات الفرعية التي ذكرت سابقاً لكل فئة فإن هذه الفئات سواء الوسواسية أو الأفعال القهرية قد تظهر أحياناً متداخلة معاً أو تظهر بمفردها.

أهم الملامح الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري:

-**التجنب:** هناك كثير من مرضى الوسواس القهري غالباً ما يتخذ سلوك التجنب لديهم شكل التجنب المعرفي كالخوف الوسواسي أو الابتعاد، كما في مشكلات التلوث والاغتسال، فهم يتجنبون كل ما يعتقدون بأنه قذر أو يحدث التلوث، كما يناضل المرضى الذين يعانون من طقوس المراجعة والتأكد لتجنب المواقف التي تؤدي للمواجهة (Desilva,1994 ,p55).

-**السعي للحصول على التأكيدات:** يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهرية للسعي الدائم للحصول على التأكيدات من أفراد الأسرة والأصدقاء وغيرهم، ودائماً ما تؤدي أفكار معينة مثل (هل يجب أن أفعل كذا؟ هل سأشفى مما أعاني منه؟) إلى سعي المريض للحصول على تأكيدات، حيث يشعر بالراحة بعد ذلك، رغم أن هذا التحسن أو الراحة قصير الأمد (Desilva,1994 p55).

ولذلك نرى ضرورة عدم إعطاء هؤلاء المرضى التأكيدات التي يسعون إليها سواء كانت من الأهل أو حتى المعالج حتى ينخفض هذا الإلحاح لديهم ولا يعاودون تكراره.

-**المقاطعة:** عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به كاملاً وبدرجة من الدقة، وإذا تم قطع هذه الطقوس قبل اكتمالها، فإن الأمر يتطلب إعادتها من جديد، وهكذا يصبح الأمر مستهلكاً للوقت بشكل كبير في حالة الطقوس القهرية الطويلة والمعقدة (Desilva& Rachman, 1993).

-**تأمل الأفكار واجترارها:** وهو استرجاع المثيرات والأفكار الموجودة لدى الإنسان في عقله تم تشكلها سابقاً، فتحدث تساؤلات لدى الشخص عن الذي دار في عقله فيعمل على تأمل الأفكار بشكل مستمر دون إجابات، فتحدث حالة الكرب والتي تحدث المعاناة لديه، أن الأفكار ترتبط مع بعضها البعض وتجتر بعضها، فهي عبارة عن أفكار ليست لها نهاية، وتكون على هيئة صور وأسئلة ويقوم بتأملها، ولكن دون جدوى فيعمل الفرد على التخلص منها وتستمر دون إجابة ودون نتيجة، فتعمل على إحداث حالة القلق (ليندزاي،٢٠٠٠، ص٦٤-٦٥).

يوجد نوعين من الاجترارات: اجترار إرادي يمكن أن يكون طبيعياً مادام بوعي الشخص وإرادته ويستطيع وقفه متى شاء، أما الاجترار اللاإرادي فهو بالفعل خبرة تدل على وجود اضطراب نفسي يحتاج إلى علاج، فقد يحدث في اضطراب الكرب التالي للرضح، وقد يحدث في اضطراب الاكتئاب الجسيم (أبو هندي،٢٠٠٣، ص٤٢٧).

-**الشعور بالمسؤولية:** أحياناً يشخص اضطراب الوسواس القهري على أنه تشويه معرفي للمخاطر من حيث قيمتها أو أنه شعور بالأسى والضيق من تحمل المسؤولية الزائدة تجاه هذه الأمور (vanoppen &Amtz,1994,p79-87).

وقد أكدت عدة مناح سلوكية ومعرفية، ظهور الشعور بالأسى لدى مرضى الوسواس القهري، نتيجة لمشاعر تحمل المسؤولية (Freeston et al,1996,p433-446).

هناك عديد من الملامح التي قد ترتبط معاً، وهي تحمل المسؤولية، والحاجة لضبط الأفكار، وإعطاء التهديدات قيمة أكبر من قيمتها الحقيقية وعدم تحمل الشك، ففي الدراسات التي قام بها ستيكتي وآخرون على عينة مؤلفة من ١٤١شخصاً، يعاني ٦٢فرداً منهم من اضطراب الوسواس القهري و٤٠فرداً من اضطرابات القلق الأخرى، و٣٤فرداًعينة ضابطة، وقد استخدم معهم ثلاثة مقاييس خاصة بالوسواس القهري، حيث سجلت عينة مرضى الوسواس القهري أعلى الدرجات في الشعور بالمسؤولية ،وعدم القدرة على التحكم والسيطرة، وتقييم التهديدات والشك والاعتقاد السلبي بعواقب القلق، وعدم تحمل الألم(Steketee et al,1998,p397-409).

بعض النظريات المفسرة لاضطراب الوساوس القهرية:

سعت النظريات النفسية إلى تفسير الاضطرابات والأمراض النفسية، ومن هذه الاضطرابات الوسواس القهري، ويكون التفسير وفق أفكار ومنطلقات وبرؤية معينة لكل نظرية في نشأة الاضطراب وتطوره وطرق علاجه، لذلك سوف تتعرض الطالبة إلى النظريات التالية:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

يذكر أن فرويد عزل الوسواس القهري عن بقية الأمراض في عامي (١٨٩٤-١٨٩٥)، كمرض قائم بذاته ويتضمن السلوك القهري لدى فرويد، على نحو نموذجي، الإتقان المتكرر بشكل نمطي طقوس لطائفة في السلوك اليومي، كالذهاب للسرير، وغسل اليدين، وتغيير الملابس ......الخ.

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فإن هناك ميكانزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري، حيث وصف فرويد ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري والتي تمثلت في (العزل، الإبطال، التكوين العكسي) هذه الميكانزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية.

وهكذا يتضح أن الوساوس والسلوك القهري لدى النظرية التحليلية ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير عن أفكاره ومساعيه المكبوتة (جودة،٢٠٠٥، ص٥٢).

فالباحثة لا تؤيد التفسيرات التي قدمتها هذه النظرية، ولا تعتبر من المداخل التي يعتمد عليها في تفسير الاضطرابات والأمراض النفسية، لأنها ركزت على وجود الميول الجنسية وهذا عكس ما جاءت به الدراسات البيولوجية، فهي لا تقدم أساليب منهجية يمكن الاستناد إليها في الدراسة الحالية.

ثانياً: النظرية السلوكية:

يفسر السلوكيين اضطراب الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي، والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك يتشكل عن طريق التعلم من البيئة تحت شروط التدعيم.

وبالتالي فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه، والأفعال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملاً معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق وتدريجياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق، فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك.

تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري، حيث تنظر هذه المدرسة إلى الوساوس على أنها تمثل منبهاً شرطياً للقلق أصبح مرتبطاً بالقلق خلال عملية الإشراط بعد أن كان في السابق منبهاً محايداً (جودة،٢٠٠٥، ص٥٢).

ترى الباحثة أن هذه النظرية تعاني من قصور في تفسير الوسواس القهري حيث لم تعطي للجانب المعرفي حقه في التفسير، واقتصرت على قوانين التعلم، مع علم الباحثة أن الوسواس القهري يبدأ من فكرة خاطئة تسيطر وتلح على المضطرب.

ثالثاً: النظرية الأستعرفية السلوكية:

يرى كار(Carr.1974) أن محتوى الوساوس لدى مرضى الوسواس القهري هي توقعات مبالغ فيها للنتائج السلبية للعديد من تصرفات الوساوس وأن هذا المحتوى يشبه محتوى أفكار مرضى اضطراب القلق العام وهذا يتفق مع تفسير بيك(Beck.1976) الذي يرى أن محتوى الوساوس يرتبط بالخطر في شكل شك أو تحذير، وهذا يتفق أيضاً مع الوساوس المرتبطة بالتهديد لدى المخاوف البسيطة.

وقدم سالكوفكس(Salkovskis.1985) تفسيراً شاملاً لاضطراب الوسواس القهري مؤكداً أن الأفكار الوسواسية المقحمة تعمل كمنبهات قد تستثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية، وبالتالي فإن فكرة مقحمة قد تؤدي إلى اضطراب مزاجي في حالة ما، إذا استثارت هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الفكرة المقحمة ونسق معتقدات الفرد، ويعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري، يضاف إلى ذلك إمكانية إدراك الوسواسين القهريين أفكارهم المتكررة الظهور والمتعلقة بالأحداث غير المقبولة على أنها تعبر عن الأحداث نفسها(السقا،٢٠١٤،ص٣٦٩-٣٧٠).

إن تصور هذه النظرية صحيح من وجهة نظر الباحثة لأنها توضح كيفية تكون الأفكار الوسواسية، وتوضح كيفية حدوث الأفعال الوسواسية، وقد استطاع هذا المدخل أن يجمع بين الأفكار والأفعال في الوسواس القهري.

رابعاً: النظرية البيولوجية:

بينت التفسيرات هنا على المعلومات التي تعود إلى بناء الدماغ Brain والدراسات الجينية Genetic والبيوكيميائية biochemical للأفراد غير الأسوياء، حيث ظهرت اختلافات في نشاطات المخ لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وممن لديهم اكتئاب حاد واضطرابات ذهانية. وقد بيّن الوسواس القهري ارتفاعاً في النشاط الأيضي metabolism في الفص الجبهي frontal lobaمن الجهة اليسرى من الدماغ، ولعل هذه المنطقة من الدماغ التي بها تلافيف convolutions مدارية بالجانب الأيسر قد ترتبط بالسلوك الوسواسي القهري. ومن غير الواضح إذا ما كانت التغيرات الأيضية تعكس أسباب الوسواس القهري أم لا. وأهم ما ظهر من خلال البحوث التفسيرية في المنحنى البيولوجي وجود

انخفاض في نشاط الناقلات العصبية لمادة السيروتونين (Sertonin) وأيضاً عدم السواء الوظيفي في بعض مناطق المخ المهمة لهؤلاء الأفراد(Jenike,1996,p625-632).

ولقد أيد عكاشة (١٩٩٨) تلك الفكرة، حيث ذكر أن مرضى الوسواس القهري يكون لديهم نقص في مواد الناقلات العصبية في المخ مما يعطل مسار الإشارات العصبية ويؤثر نقص هذه المواد الكيميائية في ظهور الفكرة الوسواسية وإن الأدوية المساعدة على زيادة كمية هذه المواد قد تؤدي لخفض الأعراض (عكاشة،١٩٩٨، ص١٣٩).

وقد تعود بعض السلوكيات القهرية إلى ضعف الذاكرة، ففي دراسة كوغل تبين أن "مدققي الوسواس القهري يعزون عادة تركيز الصيغ النظرية على فكرة أن عجز الذاكرة ربما يكون مسؤولاً عن التصرفات التدقيقية المتكررة له وجه من الصحة، ويفهم تدقيق الوسواس القهري كسلوك يقصد به التعويض عن الذاكرة الضعيفة على أي حال، فإن الملاحظات مثل التحديد الموقفي للتصرفات التدقيقية قد رفعت احتمالية احتساب الثقة الضعيفة للذاكرة لصالح قهر التدقيق" (Cougle et al,2007,p3).

ولقد وجد اضطراب في العصبونات السيرتونينية في الفص الجبهي والنوى الفاعلية، وكذلك وجد عند الكثير من المرضى اضطراب في تخطيط الدماغ الكهربائي، وصغر في حجم النوى الفاعلية خاصة النوى المذنبة. ولقد وجد دور للاستعداد خاصة إذا وجد متأزراً مع العوامل البيولوجية والنفسية. والشخصية الوسواسية التي تتميز بالصلابة وصعوبة التلاؤم والضمير الحي والتمسك بالروتين والعادات والتقاليد والاهتمام بالقوانين يظهر اضطراب الوسواس القهري على أرضية من الشخصية الوسواسية في ٢٠-٢٥%من الحالات (لطيفة،٢٠١٥، ص٩٥).

خامساً: نظرية ما وراء المعرفة:

لقد ظهرت على يد فلافلFlavell (١٩٧٦)، ولقت اهتماماً ملموساً على المستويين النظري والتطبيقي، وقد أجرى براون Brown تطبيقات متعددة في مختلف المجالات الأكاديمية، إلا أن البداية الحقيقية للعلاج النفسي ما وراء المعرفي جاءت على يد كل من أدريان ويلز وماثيو(Wells&Mathews.1994) حيث وضعا نظرية ما وراء المعرفة في العلاج النفسي لعلاج اضطراب القلق العام، حيث أثبتت نجاحاً واضحاً، وتركز هذه النظرية على نموذج معالجة المعلومات للأمراض النفسية، مثل القلق والاكتئاب والوساوس المتسلطة، يتمثل العلاج المعرفي بفكرة أن بعض الاضطرابات النفسية قد نعزو أسبابها لوجود خلل في أحد العناصر أو الوظائف المعرفية، فقد يبالغ المريض في أفكاره ومعتقداته عن الأشخاص والعالم المحيط به وهذه الأفكار بدورها تساهم في تفاقم المرض، فيكون الهدف من العلاج أن يوضح المعالج للمتعالج عدم صحة وواقعية هذه الأفكار مما يخفف من حدة مرضه، أن وعي المتعالج بعمليات

ما وراء المعرفة، أي أفكاره وعملياته الذهنية التي يقوم بها سيكون لها أثراً كبيراً في تغيير حياته بشكل غير متوقع، حيث تشير أعداد كبيرة من الأبحاث الحديثة إلى أن العمل على عملية التفكير بما وراء المعرفة –أي تفكير الفرد بما يعرف ووعيه بأفكاره ومراقبتها المستمرة وتنظيمها– يساعد على تخفيف اضطرابات القلق والوساوس وتقلب المزاج، فعادة ما تأخذ عملية التفكير بما وراء المعرفة شكلاً من تقييم الفرد لأفكاره، أو إصدار تقييمات وأحكام لأفكاره كقوله "إنني أبالغ في تحليل كل شيء"، وهذا أمر سيء بالطبع. وتقول جينفر هادسون Jennifer L. Hudson " تلعب أفكار ما وراء المعرفة دوراً أساسياً في تجنب زيادة اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب واضطراب القلق وغيرها من الأمراض، والحقيقة أن هذه الأفكار تتفوق في أهميتها على الطريقة التي نحدد فيها مزاجنا تجاه مواقف معينة في أذهاننا، كالتركيز على الجوانب السلبية لحدث ما، ويسمى هذا التحديد التقييم المعرفي، وهو غالباً ما يتم التطرق إليه ومعالجته في العلاج النفسي، إلا أنه نادراً ما يتم التطرق لعمليات ما وراء المعرفة، وبالتالي قد لا يصل المريض للفائدة المرجوة من العلاج". يتم معالجة الأفكار الما وراء معرفية بنفس الطريقة التي يتم استخدامها في علاج السلوك المعرفي، فالعلاج المعرفي يتطرق لمعالجة المعتقدات التي تنم عن فكرة عدم التكيف، وتساعد هذه التقنية الأشخاص على أن يكونوا أكثر مرونة في الطريقة التي يقيمون بها أفكارهم بدلاً من إهمالها واستجرار المزيد من تلك الأفكار دون جدوى. ويعرف ويلز (Wells,2009) ما وراء المعرفة بأنه معرفة حول المعرفة والتفكير حول التفكير، والذي يعد مهماً لفهم كيف تعمل المعرفة وتتشكل لدفع الفرد على الاهتمام أو ضبط التقييمات والتأثيرات وراء أشكال استراتيجيات الشخص الذي يستخدم تنظيم أفكاره وسلوكياته. كما يرى ويلز (Wells ٢٠٠٧) أن نظرية وعلاج ما وراء المعرفة تنظران دائماً إلى استمرار المعتقدات والأفكار السلبية نتيجة لما وراء المعرفة للسيطرة على المعرفة الناتجة عن اضطراب القلق العام والقلق الاجتماعي، وكيف تسهم ما وراء المعرفة إلى الاستقرار المعرفي وللتغيير. ويقدم العلاج الما وراء المعرفي مستوى من الصياغة والتدخل الذي لا يركز في الغالب على تحدي مضمون الأفكار والمعتقدات السلبية التي يتم التأكيد عليها في العلاج المعرفي التقليدي. بينما يركز العلاج ما وراء المعرفي في علاج اضطراب القلق العام (GAD) على المعتقدات الخاطئة حول القلق والاستراتيجيات غير مفيدة للتنظيم العقلي. ففي علاج القلق الاجتماعي، يتم وضع مزيد من التركيز على تعديل عمليات الانتباه والقلق، وعلى تكوين المعالجة في أثناء وبعد الخبرات السلوكية. في نموذج ما وراء المعرفة، أن سبب الأعراض تتمثل من خلال مجموعة من العمليات النفسية يسمى "متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) Cognitive Attentional Syndrome. والتي تشمل ثلاث عمليات الرئيسية، كل منها يشكل التفكير الشامل رداً على الأفكار السلبية. هذه العمليات الثلاث، هي:

١-القلق / اجترار

٢-رصد التهديدات

٣-سلوكيات التعامل التي تأتي بنتائج عكسية

كل العمليات الثلاث هي التي تسيطر عليها معتقدات ما وراء المعرفة لدى المرضى، بما في ذلك الاعتقاد أن مثل هذه العمليات سوف تساعد على معالجة مشكلاتهم بالرغم من أن العمليات جميعها في نهاية المطاف هي نتيجة غير مقصودة لإطالة أمد الشدة. (Wells&carter ,2001)(العاسمي،٢٠١٥) (Wells,2009).

علاج اضطراب الوسواس القهري:

ينقسم إلى قسمين:

أولاً: العلاج العضوي:

عن طريق استخدام الوسائل الطبية اللازمة، وفقاً لما يقرره الطبيب المختص من نوعية العلاج وبالجرعة التي يحددها، وذلك للسيطرة على أعراض الاضطراب وتخفيض مستوى التوتر والقلق أو الاكتئاب المصاحب له، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلي والعضلي، وزيادة كفاءته وصحته الجسمية (القريطي،٢٠٠٣، ص٤١٠). ومن بين هذه الوسائل:

أ-العلاج بالعقاقير: ثبت فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب منذ سنوات، وخاصة التي تزيد السيرتونين في المشبك العصبي، كمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة خاصة عند سيطرة الأعراض الوسواسية الفكرية (أيمبير امين، كلو مبير مين) بجرعات عالية (١٥٠-٢٥٠ملغ/يوم)، أو مضادات مستقبلات السيرتونين النوعية خاصة عند سيطرة الأعراض القهرية الطقوسية مثل فلوكسجتين(٤٠-٦٠ملغ/يوم) سيرترالين (١٠٠-١٥٠ملغ/يوم). ويستمر العلاج (٦-١٢) شهراً مع التخفيف التدريجي وأحياناً لعدة سنوات (لطيفة،٢٠١٥، ص٩٧).

ب-العلاج كهربائي: ويستخدم غالباً مع الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصابية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سوداوية أو انتحارية (القريطي،٢٠٠٣، ص٤١١). وجربها الكثير من الأطباء النفسيين في علاج أعراض الوسواس القهري الشديدة، لكن معظم الأبحاث أظهرت أنها ليست علاجاً فعالاً باستثناء حالات قليلية نادرة (باير،٢٠١٠، ص٨٣).

ج-العلاج الجراحي: ويستخدم في حالات القلق المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد، وذلك بعد استنفاذ كافة أنواع العلاج النفسية والكيمائية والكهربائية دون جدوى، ويتم العلاج الجراحي بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطي،٢٠٠٣، ص٤١١).

خزع (الحزام) وهو جزء من الدماغ مؤلف من ليف عصبي يربط أقسام الدماغ التي تتحكم بالمشاعر والتصرفات، وأدركوا جراحو الدماغ أنه بعمل جرح صغير في الحزام يمكن التقليل من أعراض الوسواس القهري، وهذه العمليات كانت فعالة مع المصابين بالوسواس القهري الشديد الذي لم يستجب لأي علاج آخر (باير،٢٠١٠، ص٨٥).

ثانياً: العلاج النفسي:

أ-العلاج بالتحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن الأعراض الوسواسية القهرية عبارة عن رموز لاشعورية متصارعة بين الفرد والمجتمع، وذلك لعدم تقبل الجنس أو العدوان، وهي ترى أن، هذه الأعراض قد تستخدم لخفض القلق وضبطه وذلك لمنع هذه الاندفاعات المتصارعة من الظهور (Sebastian,1993,p31-33). ويرى أصحاب هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري يحتاجون لفترة طويلة من العلاج بسبب جمود دفاعاتهم، وقد يواجه المعالج بالكره أو حشد للدفاعات، وقوة ميكانيزمات الأفكار ومحاولات رفض، وغالباً ما يواجه المعالج العديد من الصعوبات عند علاج مرضى الوسواس القهري كالتغير المستمر في أعراض المريض وتداخل المرض مع شخصيته بشكل كبير وتمركز المريض حول مثاليته بحيث يصعب إقناعه بالتنازل، وبالتالي يستخدم هذا العلاج في نطاق ضيق، ويستخدم من قبل البعض أملاً في تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض (الخالدي،٢٠٠٦، ص٩٤).

ولذلك في هذا العلاج ينبغي وجود علاقة قوية بين المعالج والمتعالج، وذلك للوصول لجذور الصراعات واستخراجها من اللاشعور للسطح وفهمها وتوضيحا بصورة تحليلية.

ولقد واجه علاج الوسواس القهري باستخدام التحليل النفسي انتقادات عدة فيذكر جنايك أن العلاج الدينامي التقليدي لا يعد علاجاً فعالاً لمرضى الوسواس القهري الذين يستوفون معايير تشخيص هذا الاضطراب، ولا توجد تقارير في تراث الطب النفسي المعاصر لمرضى توقفوا عن طقوسهم عندما عولجوا بهذه الأساليب وحدها (Jenike et al,1990,p295).

ب-العلاج المعرفي:

هناك مبادئ عامة للعلاج المعرفي وهي:

-مساعدة الوسواسي على إلغاء أفكاره الآلية التحيدية، ومن ثم على إعادة النظر بأنظمة التفكير الكامنة وراءها، وتجدر الإشارة هنا إلى أن عملية وقف الأفكار تتم على مستوى الفكرة الألية المثيرة للتحديد (للدفعات القهرية) وليس على الفكرة المقتحمة الداخلية والهدف من ذلك وضع الوسواسي، وخلال فترة طويلة بوضعية اتصال مع الفكرة التي يرفضها كي يتعود عليها فيتماثل تفكيره حين ذاك –مع تفكير الفرد العادي إذ من المعروف أن كل إنسان يمتلك أفكاراً داخلية لا يتقبلها لكنه لا يهتم بها.

-على المعالج والمتعالج معاً تحديد أهداف علاجية واقعية، فالإلغاء الشامل للدفعات القهرية هو أمر نادر الحصول وعليه تمثل عودة الوسواسي إلى ممارسة الطقوس ساعة أو أقل في اليوم هدفاً معقولاً إذ يصبح قادراً على ممارسة حياته اليومية.

-بعد العمل على الصور المرفوضة ينبغي مساعدة الوسواسي على مواجهة سلسلة من الوضعيات الحقيقية التي يعجز عن مواجهتها دون القيام بدفعات قهرية (نصار،٢٠٠٧، ص١١١-١١٢).

وإحدى الطرق العلاجية الهامة في علاج اضطراب الوسواس القهري هي العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس، وتقوم استراتيجية العلاج على أن يساعد المعالج المتعالج على التعرف على الأفكار غير المنطقية لديه وتحل أفكار أكثر عقلانية محلها، ويشمل العلاج على الخطوات التالية:

-الإقناع اللفظي والذي يهدف إلى إقناع المتعالج بمنطق العلاج العقلاني.

-التعرف على الأفكار غير العقلانية لدى المتعالج من خلال مراقبة المتعالج لذاته وتزويد المعالج له بردود الفعل.

-تحديات مباشرة للأفكار غير العقلانية مع إعادة التفسير العقلاني للأحداث.

-تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.

-واجبات سلوكية معدة لتكوين الاستجابات العقلانية لتحل محل الاستجابات غير العقلانية التي كانت سبباً في حدوث الاضطراب النفسي (الشناوي،١٩٩٦، ص٤٩٣).

ونستنتج مما سبق أن العلاج المعرفي يؤدي إلى تحسن ملحوظ لاسيما من خلا ل ضبط الأفكار الوسواسية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية مما يؤدي لتحسن المريض وخفض أعراضه.

ج-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي ذو أساس ثابت وتوجه علمي واضح، وهو أحد أهم العلاجات الحديثة المستخدمة في العالم والتي يتعلم المرضى بمقتضاه في جلسات علاجية، ومن خلال قيامهم بالواجبات المنزلية التي يحددها المعالج الأنواع المختلفة من السلوكيات المتوافقة (البشر، ٢٠٠٠، ص٣٤).

ويمكن التخلص من اضطراب الوساوس القهرية باستخدام الفنيات التالية:

-**عملية التحصين المنظم الواقعي:** وفيها يعد المعالج مدرجات القلق الخاصة بالمتعالج والتي ترتب فيها المواقف المثيرة للقلق من أقلها إثارة إلى أكثرها، وثم يعرض المريض بالتدريج إلى المواقف التي حددها والتي تكون مرتبطة بالحياة الواقعية.

-**عملية التحصين المنظم التصوري أو التخيلي:** تشير التجارب إلى أن التحصين المنظم الخيالي يعطينا الكثير من الفوائد لأنه يسمح باختيار المواقف المثيرة للقلق الشديد وضبطها، وبصورة عملية يمكن للمعالج أن يوجد أو يزيل أي موقف يريده، مع قليل من الصعوبة إذا استطاع المريض تخيل الموقف بقدر كاف، وفي هذا تكمن عقبة خفيفة، لأن المريض قد ينقص من القدر المطلوب من تصور الموقف أو لا يستطيع تخيل الموقف تماماً أو يجده بعيداً عن الواقع ولا يؤدي إلى النوع نفسه من القلق كما لو أنه حقيقي (الزراد،٢٠٠٥، ص٢١٠).

-**التسجيل الذاتي:** لقد أظهرت الدراسات أن مجرد طلب المعالج من المتعالج تسجيل عارض أو سلوك هو بحد ذاته قيمة علاجية، إذ من شأنه دفعه في طريق خفض توتر السلوك غير الملائم، هذا ما تم ملاحظته –حتى عند الأطفال–حيث لوحظ في تدوينهم الشخصي انخفاض مذهل للسلوك غير التكيفي وبدا صادقاً ومرتبطاً برغبتهم اللاواعية في تجنب هذا السلوك للتخلص من عملية التدوين وغالباً ما شكل ذلك المنطلق الأساسي للشفاء (نصار،٢٠٠٧، ص٩٦-٩٧).

د-العلاج الاستعرافي السلوكي:

يمكن القول إن العلاج الأنجع هو العلاج الاستعرافي السلوكي حيث وجدت الدراسات أن حوالي ٧٠%من المرضى يتحسنون عند خضوعهم للعلاج (حمودة،٢٠٠٧، ص٤٣٩). ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل السلوك القهري باستخدام العديد من التقنيات وخاصة أسلوب الإفاضة عن طريق التصور، بالإضافة إلى أسلوب التعريض ومنع الاستجابة القائم على تعريض المريض للموقف الذي يثير طقوس القهر، كالاتساخ بعد الغسيل، وفي الوقت نفسه يتم إعاقته أو منعه من القيام بطقوس التجنب المعتادة كالتنظيف (رينكير، ٢٠٠٩، ص١٩٥-١٩٦).

من خلال ما سبق نجد بأن طرق العلاج تنوعت وكل طريقة لها أسلوب خاص تعتمده، وبالرغم من التنوع بطرق العلاج إلا أن الأكثر استخداماً في بلادنا العلاج الدوائي والعلاج الاستعرافي السلوكي وفي مشفى المواساة في قسم الأمراض النفسية توجد غرفة باسم العلاج الاستعرافي السلوكي، وذلك لأن الكثير من الأطباء اعتمدوا هذين الأسلوبين ووجدوا نتائج تحسن واضحة لدى الكثير من المرض، بالمقابل يجب أن لانهمل الأساليب المتبقية التي لها أيضاً نتائج جيدة حسب الدراسات السابقة ولأن كل متعالج له طريقة علاج تتناسب معه.

هـ-علاج ما وراء المعرفة:

هو علاج لفترات محدودة والذي عادة ما يحدث بين (٨-١٢) جلسة علاجية. ويستخدم المعالج في هذا النموذج مناقشات مع المريض لاكتشاف المعتقدات والخبرات والاستراتيجيات ما وراء المعرفة الخاصة بالمريض في أثناء التعامل مع مشكلاته. ثم يشارك المعالج النموذج مع المريض، لافتاً إلى كيفية ظهور هذه الأعراض المرضية وأسبابها والحفاظ عليها واستمرارها في أفكار العميل. وهنا، ينتقل العلاج إلى إدخال خبرات مصممة خصيصاً لصعوبات المريض (على سبيل المثال "أنت تعتقد أنه إذا كنت تقلق كثيراً فسوف تؤدي إلى مزاج سيء أو إلى الجنون. دعنا نحاول التركيز على القلق قدر الإمكان للدقائق الخمسة القادمة، ومعرفة ما إذا كان هناك أي تأثير لها ")، واستراتيجيات مثل تقنية التدريب على الانتباه، واليقظة العقلية المستقلة (هذه الاستراتيجية هي متميزة لمختلف أشكال أخرى من" تقنيات اليقظة العقلية '). وبناءً على ذلك يوجد دور لنظرية ما وراء المعرفة في اضطراب الوسواس القهري تـتراكم بصورة ثابتة، وهناك أدلة تشير إلى الدمج بين الفكر والفعل حيث يلعب دوراً هاماً ودالاً في الوساوس الإكلينيكية(العاسمي،٢٠١٥).

الضغوط والقلق:

يعد القلق مصدراً من مصادر ضغوط العمل وذلك مرتبط بنوع الشخصية التي تستجيب بحساسية شديدة لمؤثرات العمل، في حين قد يكون القلق أيضاً نتيجة من نتائج ضغوط العمل تثيرها مواقف ضاغطة، وتتميز استجابة القلق بأنها واحدة من أكثر الاستجابات شيوعاً لدى الأفراد الذين يعانون ضغوط العمل، حيث لوحظ أن الأفراد الذين يتعرضون لمصادر ضاغطة في العمل لديهم درجات مرتفعة في القلق (الحربي،٢٠٠٢، ص٣٨).

ثانياً: الضغوط النفسية المهنية:

تعد الضغوط من أهم تحديات العصر الراهن، الذي يشهد تطورات وتغيرات سريعة في جميع مجالات الحياة، وأصبحت هذه الضغوط تشكل جزءاً من حياة الإنسان نظراً لكثرة التحديات التي يواجهها في هذا

العصر. يعتبر الفيزيولوجي الأمريكي "والتر كانون" Walter cannon من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ، أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة، وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي، أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه (عسكر، ٢٠٠٠، ص٣٤). وشاع استخدام مفهوم الضغوط النفسية في علم النفس والطب النفسي، حيث تم استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى الإجهاد (Strain)، والضغط(Press) ، والعبء(Load) ، واستعار علم النفس هذا المفهوم في بداية القرن العشرين عندما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلاليته كعلم له منهج خاص به، وأيضاً جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد(هانز سيلي)، الطبيب الكندي في العام ١٩٥٦، عندما درس أثر التغييرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد (أبو أسعد،العزيز،٢٠٠٩،ص١٩) كما يشير لافي(٢٠٠٥،ص١٤)إلى أن الضغوط النفسية ظاهرة معقدة ومتداخلة ،وتعريفاتها كثيرة و متعددة ،فمن العلماء من تناولها على أنها مثيرات ،ومنهم من عرفها على أنها استجابات فيزيولوجية للجسم ،وآخرون تناولوها على أنها ردود أفعال عقلية وانفعالية للتوترات البيئية والاجتماعية .

ان الضغوط النفسية والمهنية يمكنها أن تتحول إلى مشاكل صحية ومهنية مدمرة للكائن وقد تكون هذه المشاكل مفجعة خاصة في حالة امراض القلب نظراً لأن أول مؤشر للضغوط الحادة يمكن أن يكون الموت المفاجئ، بسبب أحداث الحياة المتسارعة تحمل الإنسان ضغوطاً جمة يسايرها في داخل البيت وخارجه، وهي بحاجة إلى درجة عالية من المسايرة لغرض التوافق النفسي، ولكن قد يواجهه الفشل في هذه الموازنة الصعبة، فحتى أنجح البشر تواجههم لحظات من خيبة الأمل.

ان الضغوط النفسية والمهنية تعد جزءً هاماً في حياتنا اليومية، ولا أحد يستطيع أن يهرب منه لاسيما إذا حدثت تغيرات متعددة في أنماط الحياة التي نعيشها، وأن أهم التغيرات التي حدثت في أوقات محددة في تاريخنا هي تلك التي تتعلق بالجوانب الاقتصادية والسياسية والعمل والعلاقات الاجتماعية داخل المشفى، مما حدا بالباحثة إلى الاهتمام بدراسة هذا الموضوع لدى الأطباء والممرضين.

تعريف الضغوط النفسية والمهنية:

ظهرت تعاريف متعددة لضغط العمل، اختلفت باختلاف الطريقة التي ينظر بها الباحث إلى ضغط العمل، والموضوع الذي يقوم بدراسته:

عرف فريق عمل المعهد الدولي للأمن المهني والصحة الضغوط النفسية والمهنية: بأنه استجابات جسدية وانفعالية ضارة ومؤذية، تظهر عندما لا يكون هناك تناسب بين متطلبات العمل وقدرات الفرد، ومصادره، وحاجات العمل(Nosih,1998).

ويجمع العديد من الباحثين في هذا المجال على وجود ثلاثة اتجاهات لتعريف الضغط النفسي المهني:

الاتجاه الأول: تعريف الضغوط النفسية المهنية كونها مثيراً: وفي ضوء هذا الاتجاه ينظر للضغوط كمنبه، ويركز على الحدث كعامل مستقل يختلف تأثيره من فرد لآخر.

ويمكن القول إن هذا النموذج ذو طابع هندسي إذ تؤدي الأحداث الخارجية إلى ردود فعل بعدم الارتياح والتوتر عندما يتعرض الأفراد لهذه الأحداث(Ross&Almaier,1994,p5).

وفي الإطار ذاته يذكر مزروع تعريفاً لها بأنه "تلك العوامل الداخلية والخارجية الضاغطة على الفرد كله، أو عنصر فيه، وهو الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر والإخلال في تكامل الشخصية وعندما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقده قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه مما كان هو عليه إلى نمط جديد (مزروع،١٩٩٣، ص٣٩).

الاتجاه الثاني: تعريف الضغوط النفسية المهنية كونها استجابة: ينظر لها بأنها متغير تابع وأنها تمثل الاستجابة للعامل الضاغط، وهذه الاستجابة تعمل مرة أخرى لعامل منبه لإنتاج مزيد من الاستجابات ومن أصحاب هذا الاتجاه سيلي(Selye,1976) الذي حاول وضع نموذج عن ردود الفعل للأحداث الضاغطة وأطلق عليه "الأعراض العامة للتكيف" وهي:

-**مرحلة الإنذار:** تبدأ بوجود تهديد أو خطر يتعرض له الفرد، فيستعد لمواجهة التهديد والخطر، وذلك من خلال تغيرات في الجهاز العصبي والهرموني، فتزداد معدلات إفراز الأدرينالين وضربات القلب، ويرتفع ضغط الدم، وتحدث أيضا اضطرابات في الجهاز الهضمي، ويرتفع نشاط الفرد على نحو ملحوظ.

-**مرحلة المقاومة:** حيث يحاول الفرد مواجهة العوامل الخارجية التي تسبب له الضغط والتوتر، وإن لم يستطع التغلب على مصادر الضغوط هذه فإنه يدخل في المرحلة الثالثة.

-**مرحلة الإنهاك:** وفيها تنهار آليات التكيف، وتحدث عندما تضعف قدرة الفرد على مواجهة مسببات الضغط، أو تنخفض أثناء مرحلة المقاومة، وهو ما يؤدي إلى اختلال الوظائف النفسية والفسيولوجية لديه(Scott,1992,p15).

الاتجاه الثالث: تعريف الضغوط النفسية المهنية كونها اتفاعل بين الفرد والمثير: قامت على أساس التفاعل بين المثير والاستجابة في عدد من النماذج النظرية التي سعت لتفسير ضغوط العمل وأهمها

توافق الفرد مع البيئة، حيث أكد على أن الضغوط عملية تبادلية بين الفرد والبيئة، ووفقاً لهذا الاتجاه فإن الضغوط النفسية المهنية هي: نتيجة لاختلال التوازن بين إدراك الفرد للمطالب المفروضة عليه وإدراكه لقدراته على التكيف معها من جهة أخرى (الأحمدي،٢٠٠٢، ص٣٥).

أنواع الضغط النفسي:

أن هناك نوعيين أساسيين من الضغوط النفسية هي:

-**الضغوط النفسية الحادة:** يحصل هذا النوع من الضغوط عادة عندما يواجه الفرد خطر ما، أو عندما يكون تحت الضغط لإتمام التزام ما، عندها فإن دماغ الفرد يطلق العديد من المواد الكيمائية لزيادة معدل ضخ القلب، وهذا يزيد من ضغط الدم ويجعل الفرد أكثر نشاطاً لمحاربة الخطر أو الهروب منه، والعديد من الأفراد يمكنهم التجاوب والتكييف مع هذه الضغوط القصيرة.

-**الضغوط النفسية المزمنة:** يحصل هذا النوع من الضغوط بسبب حالة ثابتة أو العديد من الحوادث المجهدة التي تحدث للفرد بشكل متتالي، فإذا كان الفرد يعتني بشخص ما مصاب بمرض مزمن بشكل مستمر، أو يواجه مشاكل مع رئيس العمل، أو إذا فقد عمله أو خسر شركته، فإن الجسم يستجيب سلباً لمثل هذه الحالات، ويؤدي التعرض المستمر للمشاعر السلبية إلى إصابة الفرد بالعديد من الأمراض مثل السكري أو الربو، أو مشاكل النظام العصبي أو نظام المناعة(Sawyer,2005,p13).

تقسم الضغوط النفسية حسب طبيعة تأثيرها إلى نوعين:

-**الضغوط النفسية الإيجابية:** هي الضغوط الجيدة التي تساعدنا على تحسين أدائنا، فعلى سبيل المثال، إذا لم يكن هناك ضغط على الفرد نحو الأداء الجيد في الامتحانات أو الأحداث الرياضية، فسيكون من الصعب على الطلاب الدراسة على محتوى الامتحانات، كما أن الرياضيين لن يتدربوا بالشكل المطلوب، وهناك كمية معينة من الضغط النفسي الإيجابي يعد ضرورياً لمواجهة جميع التحديات كما أنه ضروري لبقائنا على قيد الحياة والتقدم في الحياة.

-**الضغوط النفسية السلبية:** عندما يخرج الضغط النفسي عن السيطرة، يصبح ضغطاً سلبياً أو سيئاً، والذي يظهر الضعف في أجسامنا ويجعلنا عرضة للتعب والمرض، وإذا استمر الضغط في التأثير على الشخص وخرج عن السيطرة، فإن ذلك سوف يؤدي إلى ظهور مختلف التأثيرات السلبية للضغوط .(Babu,2007,p2-3)

إضافة إلى ذلك تحدث سيلي عن نوعين آخرين من الضغوط وهما:

الضغط النفسي المرتفع: وهو الضغط الناتج من تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي حيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف.

الضغط النفسي المنخفض: ويحدث عند شعور الفرد بالملل وانعدام التحدي والشعور بالإثارة، ويرى سيلي أن الإنسان لابد من أن يعاني خلال حياته من هذه الأنواع من الضغوط النفسية (Kahn&cooper,1993,p23).

ومما سبق نرى أن ليس بالضرورة أن يكون الضغط السلبي أو إيجابي وإنا ما يحدد طبيعة الضغط هو استجابة الفرد وتعامله وتكيفه مع هذا الضغط.

العوامل المؤثرة في شدة الضغوط النفسية المهنية:

هناك عدد من المتغيرات والعوامل التي من شأنها أن تؤثر في إحساس الفرد بالضغوط النفسية الواقعة عليه وهي كالآتي:

١-خصائص الموقف الضاغط:

-**شدة الضغط:** تختلف الضغوط من حيث شدتها وحدتها، فهناك ضغوط ضعيفة الشدة وأخرى متوسطة، بينما هناك ضغوط حادة جداً، بقدر ما تكون الأسباب المولدة للضغط حادة جداً، وبقدر ما تكون الأسباب المولدة للضغط حادة بقدر ما تتطلب جهداً كبيراً من الشخص، ولذلك فإنه كلما ازدادت شدة الضغوط زادت احتمالية وجود آثار سلبية في الأفراد ومؤسسات العمل.

-**العدد:** إن عدد المواقف والمصادر التي يتعرض لها الأفراد تزيد شدة الضغط النفسي لديهم، ولاسيما عندما تحدث خلال فترة قصيرة ومتواصلة.

-**المدة الزمنية:** يختلف تأثير الضغط النفسي تبعاً لمدته، أي قد يكون عابراً أو خطراً حسب المدة الزمنية التي يتعرض فيها الفرد للضغوط.

-**التوقع:** إنها تفيد في تعديل درجة الضغط النفسي، وإمكانية التغلب على الحدث الضاغط، وذلك لأنه يحضر الجسم والذهن سابقاً لأحداث على وشك الحدوث(Lazarus,1984,p85).

٢-خصائص الفرد وعلاقته بالضغط النفسي المهني ويشمل ما يلي:

-**الفروق الفردية:** لكل فرد سمات فردية تميزه عن الآخرين وتؤثر في نظرته وطريقة استجابته للضغط، وتبعاً لذلك يصنف فرديمان وروزنمان الشخصية في نمطين وهما:

سلوك (أ)مقابل سلوك(ب)، حيث تعد نمط الشخصية (أ)و(ب) متغيرين يمكن من خلالهما التنبؤ بدرجة الضغوط النفسية حيث يميل الأفراد من نوع نمط (أ) إلى المنافسة والإنجاز والعمل الشاق والعدائية، إضافة إلى المثابرة تحت ضغط العمل والوقت في أكثر من مهمة في الوقت نفسه، حيث يجدون صعوبة في الاسترخاء وهذا يعطي مؤشراً على تعرضهم للضغوط النفسية أكثر من الأفراد من نمط(ب) في الشخصية، وهم أكثر قابلية للتعرض للأمراض الناتجة عن المواقف الضاغطة(العديلي،١٩٩٣،ص٢٥٤).وقد أشارت دراسة (الشريف) إلى وجود علاقة بين الأفراد من نمط(أ)وزيادة مستوى الضغط لديهم(الشريف،٢٠٠٣).

-**الخبرة السابقة:** أن تقويم الفرد للموقف الذي هو فيه بأنه مثير أو غير مثير للضغط النفسي في العمل يجري على أساس خبراته السابقة للموقف مع المواقف مشابهة قد مرت به سابقاً، وقد أثبتت بعض البحوث أن العلاقة بين الخبرة وضغط العمل علاقة عكسية (داود،١٩٩١، ص٢٥).

-**درجة تحمل الضغط:** وتشير إلى قدرة الفرد على تحمل وفهم الضغوط التي يتعرض لها كما يشير إلى كمية الضغط التي يمكن أن يتحملها الفرد قبل حدوث الموقف الضاغط، ويمكن القول إن درجة تحمل الفرد للضغوط ثابتة إلى حد ما، إلا أن درجة تحمل الأفراد تختلف فيما بينهم فبعض الأفراد تكون درجة التحمل لديهم متوسطة، وآخرون مرتفعة، وبعضهم الآخر متدنية.

-**مركز التحكم:** لقد ركز روتر(Rutter) على ما يعتقده الفرد من قدرة على التحكم في الأحداث المسببة للضغط، ويرى أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يعتقدون أن لديهم تأثيراً محدوداً في الأحداث، بينما ذوو الضبط الداخلي يظنون أن ضبط الأحداث يزيد من قدرتهم على التعامل معها. هذا وقد اتضح أن ذوي الضبط الداخلي يظهرون ضغوطاً أقل عندما يواجهون موقفاً يمكن ضبطه والتحكم فيه، على عكس ذوي الضبط الخارجي.

-**مفهوم الفرد عن ذاته:** أثبتت الدراسات أن انخفاض مفهوم الذات يساهم على نحو أو آخر في زيادة مستوى الضغط عند الأفراد، وقد أضاف الباحثون أيضاً أن تقدير الذات يؤدي دوراً مهماً في إحساس الفرد بوطأة الضغط الناتج عن الأحداث وبخاصة المتعلقة منها بالعمل، وإن الفرد المؤكد لذاته يستطيع حماية نفسه من مؤثرات وعواقب ومصادر الضغط (Woolfe&Dryden,1996,p537).

-**مستوى تعليم الفرد:** يعد مستوى تعليم الفرد من المتغيرات التي تؤثر أيضاً في درجة إحساس الفرد بالضغوط حيث إن صاحب المؤهلات العلمية العالية أكثر تعرضاً للإحساس بالضغوط من ذوي المؤهلات العلمية الأقل (الطريري،١٩٩٤، ص٧).

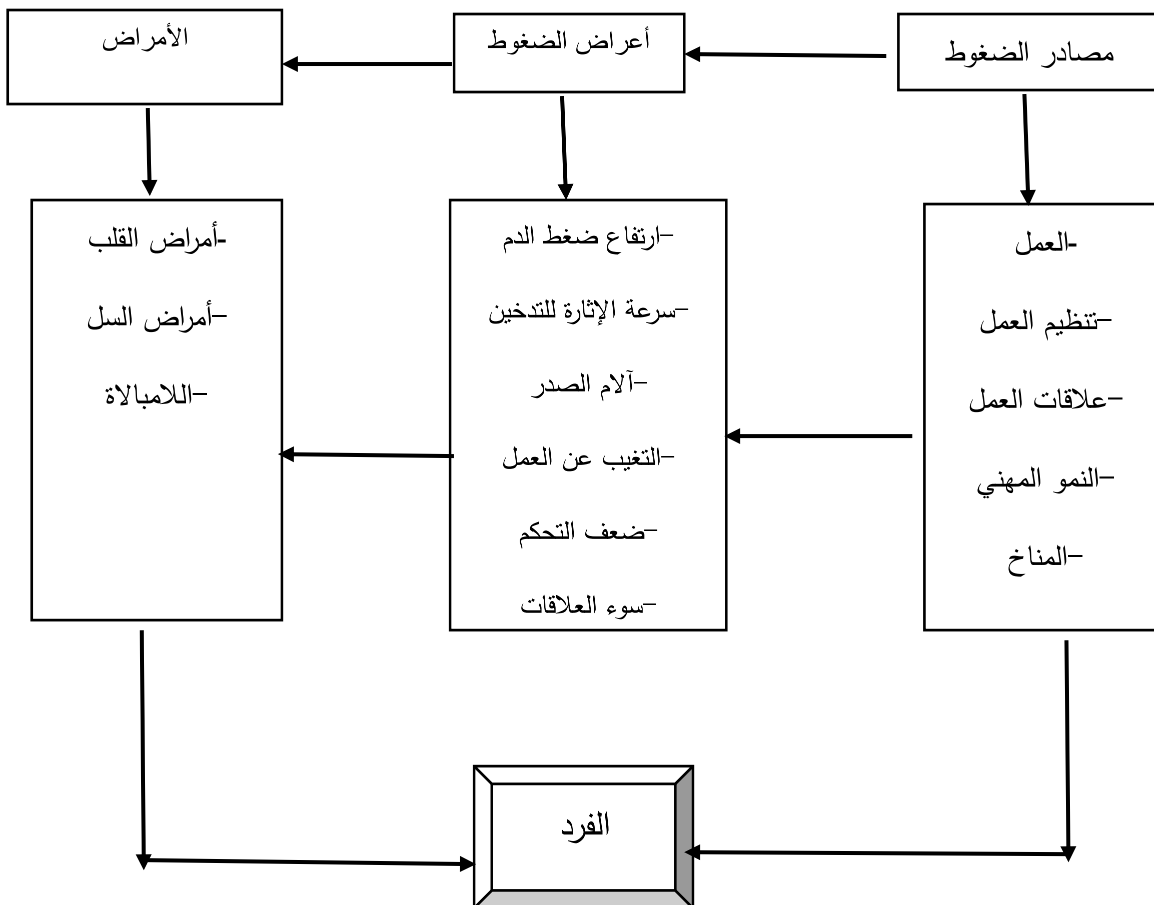
-**الجنس:** يعد من خصائص الشخصية المؤثرة في دراسة الضغوط النفسية والمهنية، لا سيما مع زيادة معدلات دخول الإناث في سوق العمل، والتي يختلف موقعها الاجتماعي والوظيفي عن الرجل من تداخل مسؤولياتها بين العمل والمنزل، ومحدودية الدور الوظيفي الذي يسمح لها به، ناهيك عن التفرقة في التعامل كونها امرأة عند الترقية أو اختيارها لمناصب عليا (الهيجان،١٩٩٨، ص١١٢). وهذا ما يفسر قلة الإناث (الطبيبات) في المشافي وكثرتهن في (التمريض).

بعض نماذج الضغوط المهنية:

هناك عدة نماذج نظرية حاولت تقديم تفسير لضغوط العمل لدى الأفراد، قصد إيجاد أساليب التعامل معها وفيما يلي نقوم بعرض البعض من هذه النماذج:

١-نموذج مارشالMarshall:

يحدد مارشال في هذا النموذج النظري العوامل المسببة للضغوط في العمل، كما يبين الأعراض الناتجة عن ذلك، وهناك أعراض خاصة بالفرد والتي تتمثل في مختلف الأمراض الجسمية كأمراض القلب، كما أن هناك أعراض خاصة بالمؤسسة أو المنظمة تؤدي إلى العدوانية وتكرار الحوادث، ونموذج مارشال (عثمان،٢٠٠١، ص١٠٢) يوضحه الشكل(١) الأتي:

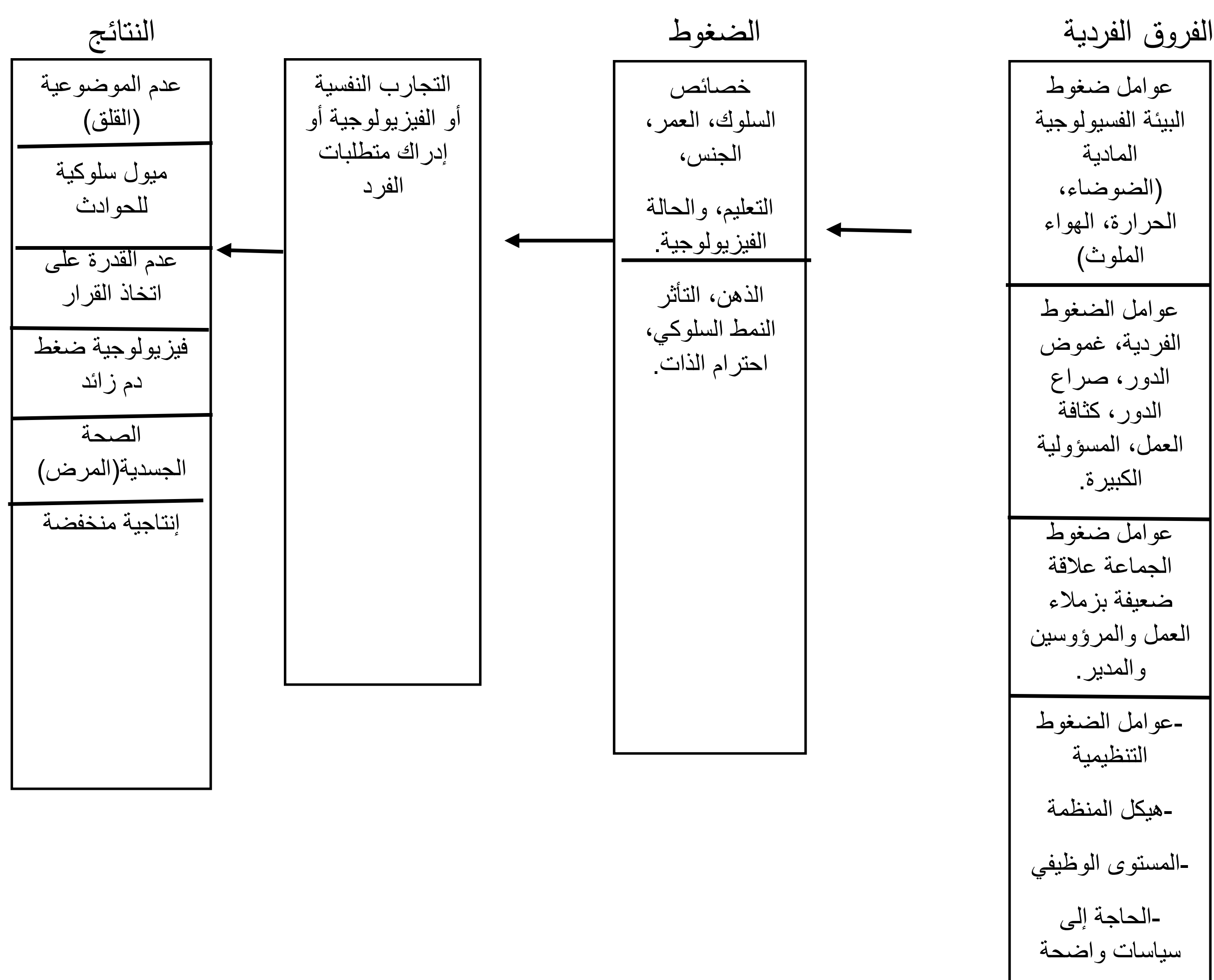


شكل رقم(١) نموذج مارشال للضغوط

إن هذا النموذج يبين أهم مصادر الضغوط المهنية وكيفية تأثيرها على الفرد، وذلك بالتطرق لأهم أعراضها التي تؤثر على الفرد والمنظمة معاً.

٢-نموذج جبسون وآخرون (Gibson et al):

يسمى هذا النموذج بالنموذج المترابط لضغوط العمل يوضح فيه العلاقة بين مؤثرات عديدة ومصادر مختلفة للضغوط والآثار المترتبة عنها، منها الآثار الخاصة بالفرد التي تتمثل في الحوادث المختلفة وانخفاض الإنتاج (عثمان،٢٠٠١، ص١٠٥). والشكل(٢) يوضح أهم مصادر الضغوط والآثار المترتبة عليها:

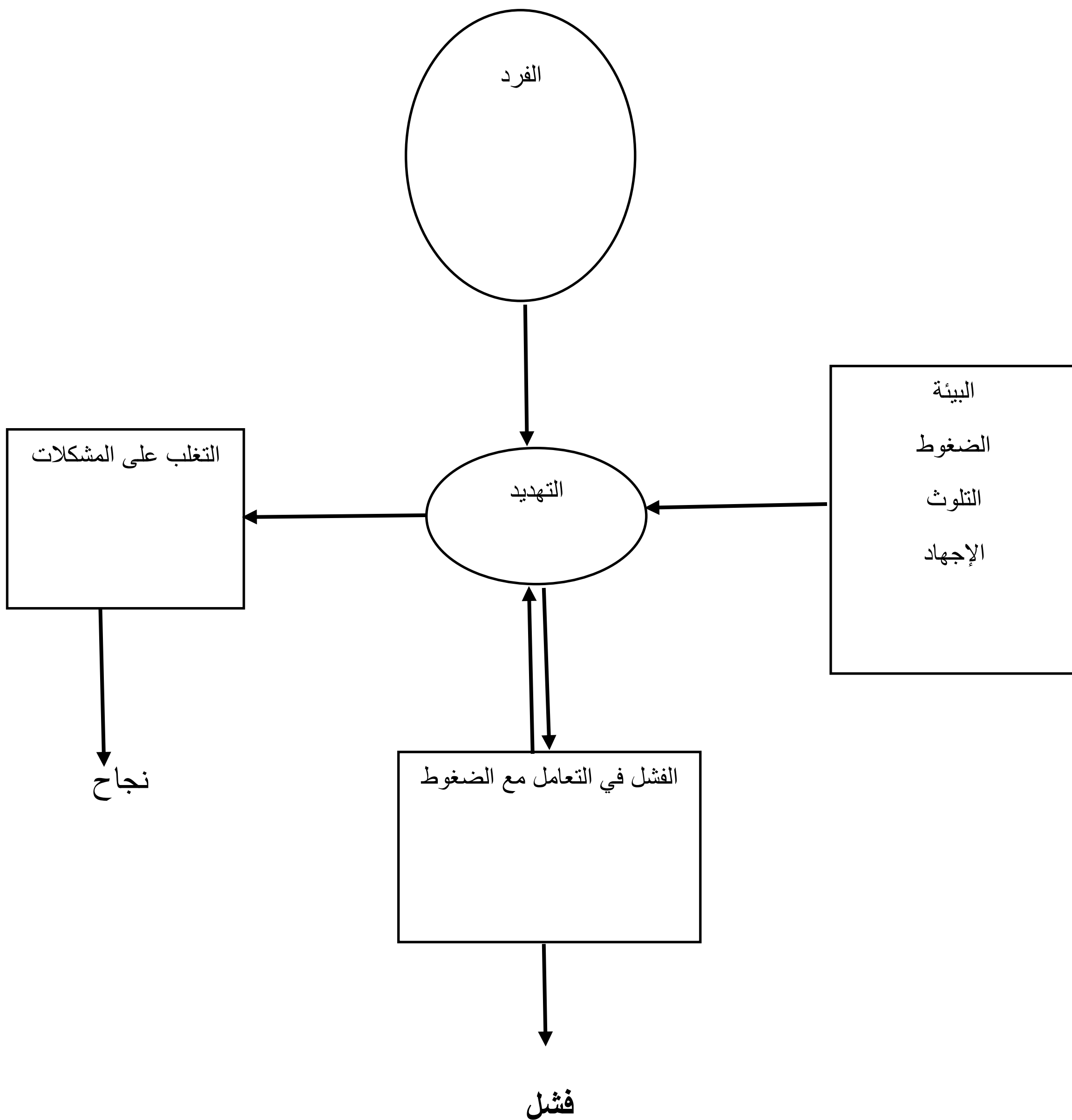


شكل(٢) نموذج جبسون وآخرون لضغوط العمل

يوضح هذا الشكل أربع محاور رئيسية وهي عوامل ضغوط البيئة، عوامل الضغوط الفردية، عوامل ضغوط الجماعة، عوامل الضغوط التنظيمية.

٣-نموذج كوبر "Cooper":

يذكر "كوبر" أن بيئة الفرد تعتبر مصدراً للضغوط والتي تشكل خطراً يهدده في حال استمرار الضغوط لفترة طويلة وفشل الاستراتيجيات التي يستخدمها للتوافق مع الموقف الضاغط فإن ذلك يؤدي إلى بعض الأمراض، كما يؤدي إلى زيادة القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات (عثمان،٢٠٠١، ص١٠٥)، والشكل (٣) يوضح هذا النموذج.

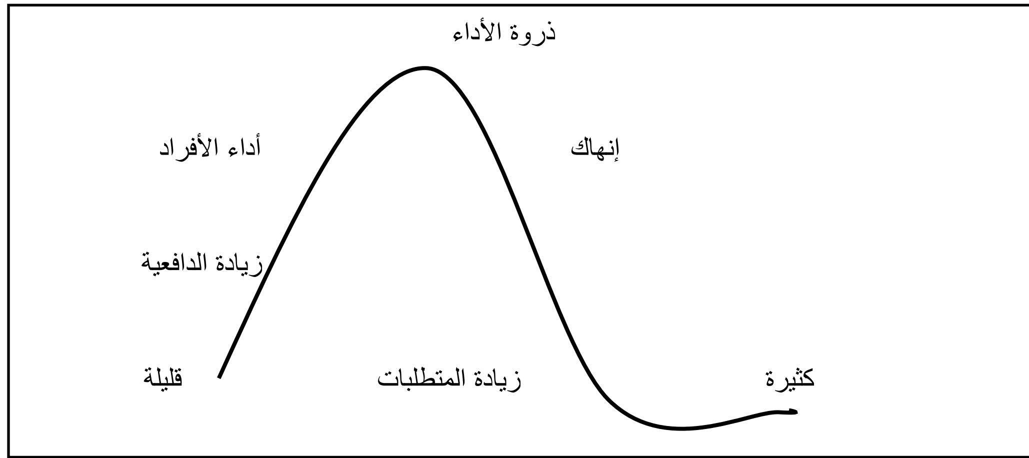


شكل رقم(٣) نموذج كوبر للضغوط

نلاحظ أن البيئة تبقى دائماً مصدراً للضغوط، ويحدث الضغط عندما يفشل الفرد في التعامل مع البيئة الضاغطة.

٤-نموذج "هب" (Hebb):

وضع هب هذا النموذج انطلاقاً من دراسته للعلاقة بين الأداء الخاص بدور المدير والمتطلبات الملقاة على عاتقه، وبذلك أكد "هب" أن العمل ذو المتطلبات القليلة يؤدي إلى الملل، والزيادة في المتطلبات تعتبر نوعاً من الحوافز لكن هذه المتطلبات لو زادت على قدرة الفرد على التركيز وعلى الأداء بوجه عام، والزيادة المستمرة في المتطلبات الزائدة عن قدرات الفرد تؤدي إلى التعب وفقدان الرغبة في الأداء مما ينجم عنه الإنهاك النفسي وما يتبعه من أعراض كالانطواء والإثارة لأتفه الأسباب (عثمان،٢٠٠١، ص١٠٤)الشكل (٤) يوضح كالتالي:



شكل رقم (٤) نموذج هب للضغوط

يوضح هذا النموذج النظري وجود مصدرين رئيسين للضغوط المهنية وهما: زيادة المهام الوظيفية وقلتها:

-زيادة المتطلبات تعيق قدرة الفرد على مواجهتها والاستجابة لها.

-قلة المهام الوظيفية تؤدي إلى الشعور بالملل والفراغ.

مصادر الضغوط النفسية والمهنية:

إذا كان العمل يوفر للفرد دخلاً مادياً ويلبي له مجموعة من الحاجات النفسية، فإنه في آن واحد يعتبر مصدراً رئيسياً للضغوط المهنية ولا شك صحة العوامل الجسدي والنفسية تتأثر بظروف العمل، ومصادر الضغوط المهنية تتداخل فيما بينها لتشكل مجموعة من المؤثرات الضاغطة على الفرد داخل بيئة العمل، ومن الصعوبة عزل هذه المصادر بعضها عن بعض ويعتبر التعرف على هذه المصادر الخطوة الأولى

لفهم الضغوط المهنية لذلك سوف نحاول في هذا السياق التطرق إلى المصادر المختلفة للضغوط النفسية والمهنية (فونتانا،١٩٨٩، ص٤٥).

الضغوط المهنية تواجه العمال في مهن عديدة، والعامل لا يستطيع الهروب من مختلف المتطلبات في معظم الأحيان، وهناك مهن تتوفر فيها نسب مرتفعة من الضغط مثل الطبيب، المدرس، رئيس المشروع، وكل أعضاء هذه المهن عن طريق خبرتهم وعن طريق ملاحظة زملائهم في العمل يؤكدون أن الضغوط قد تنتج آثار سلبية خطيرة كالحلم المرعب يراودهم في كل مكان، مما يشعرهم بعدم الاستقرار النفسي والشعور بعدم تقدير الذات وهي مؤشرات الضغوط المهنية كفقدان النوم، الأعراض الجسمية التي تترجم حالة الضيق والقلق، وهؤلاء العمال ليست لديهم القدرة على التركيز على مهمة مما يستوجب عدم الثقة بأعمالهم، وهناك دراسات تبين أن (٦٠%) من الأفراد الذين يعانون من الضغوط المهنية ليست لديهم أية وسيلة للتعامل مع الضغوط وإدارتها(فونتانا،١٩٨٩، ص٤٩).

وتتمثل مصادر الضغوط النفسية والمهنية فيما يلي:

١-طبيعة العمل:

تتفاوت المهن من حيث المسؤوليات، طريقة الأداء والنتائج المترتبة على السلوك وهذا التفاوت يؤدي إلى اختلاف في مستوى الضغط، باعتبار أن هناك منها تتضمن مسؤولية الحفاظ على حياة الناس وتتضمن مستوى عال من القلق مقارنة بالأعمال المكتبية مثلاً، والشيء نفسه يقال عن العمل الذي يتخذ صاحبه القرارات مقارنة بعمل يعتمد صاحبه على الأجهزة لاتخاذ قراراته (حسن، ٢٠٠٠، ص٩٧).

وترى الباحثة أن ما سبق ينطبق على الأطباء والممرضين حيث التعامل مع إنسان ولا يوجد مجال للخطأ.

٢-عبء الدور:

ويقصد به عبء العمل الذي يتضمن زيادة أو انخفاضاً في الدور الذي يقوم به العامل.

أ-عبء العمل الزائد:

ويعتبر سبباً أساسياً من أسباب ضغوط العمل التي نالت اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين في هذا المجال، وذلك لما يترتب عليه من كثرة الأخطاء في الأداء وتدني مستوى صحة الفرد، والمقصود بعبء العمل الزائد أن مهام العامل ومتطلبات عمله تكون فوق طاقته وتحمله ويؤدي ذلك إلى الإرهاق الجسماني والنفسي وينتج عن ذلك عدم الرضا عن العمل، التوتر في العمل، انخفاض التقدير الذاتي، الشعور بالتهديد والحيرة، ارتفاع الكوليسترول في الدم، زيادة ضربات القلب، الإصابة بأمراض تصلب الشرايين

التاجية للقلب، الإصابة بحساسية الجلد، ميل الأفراد إلى عادات سيئة كالتدخين(عبد الباقي،٢٠٠٤،ص٣٣٩).

في حالة زيادة العبء في العمل يكون ناتج عن زيادة في كمية المهام وخصوصاً في ظل الأزمة التي تمر بها البلاد حيث عند حدوث أي تفجير أو كوارث تزداد الأعباء على المشافي خصوصاً (الأطباء والممرضين).

ب-عبء العمل الناقص:

يقصد به أن العامل لديه عمل قليل غير كاف لاستيعاب قدراته وطاقاته واهتماماته، أي يكون لديه إمكانات أكبر من المهام والواجبات المكلف بها، وهذا ما يسبب شعوراً بعدم الارتياح والملل لأن هذا العمل القليل لا يؤدي إلى استثارة حماس واهتمام الأفراد مما يؤدي بهم إلى الإهمال والقلق لشعورهم بعدم أهميتهم في العمل (الهيجان،١٩٩٨، ص١٧١).

وهذا مثل الأطباء العاملين في بعض المدارس والتابعين للصحة المدرسية حيث عملهم يقتصر على تصديق التقارير المدرسية وهذا إن وجد في اليوم طالب أو اثنان بحاجة لتقارير أو تمر أيام دون وجود أي طالب بحاجة لتقرير.

٣-غموض الدور:

يعني النقص في المعلومات اللازمة لتأدية الدور المتوقع من الفرد، كذلك يحدث غموض الدور عندما تكون الأهداف والمهام والاختصاصات ومتطلبات العمل غامضة وغير واضحة مما يؤدي إلى شعور الفرد بعدم سيطرته على عمله ما يزيد الضغط النفسي (العميان،٢٠٠٤، ص١٦٤).

ويعود سبب الضغوط في العمل نتيجة غموض الدور إلى عدة أسباب أهمها:

أ-عدم فهم الفرد لأبعاد وجوانب عمله.

ب-عدم توافر المعلومات التي يحتاجها الفرد في عمله.

ج-تصور قدرات الفرد.

د-توتر العلاقات بين الأفراد في العمل وهي تنقسم إلى:

-العلاقات مع الرؤساء.

-العلاقات مع المرؤوسين.

-العلاقات مع زملاء العمل (الباقي،٢٠٠٤، ص٣٣٨).

لذلك وجود توصيف ووصف وظيفي جيد وإطلاع العاملين عليه يسهم إلى حد بعيد بوضوح الدور ووجود تنسيق بين الأقسام في كل مشفى وخصوصاً مع قسم العمليات حيث لاحظت الباحثة ذلك خلال وجودها في المشفى حيث لا يعرف الطبيب إذا اليوم سيجري العملية أم لا لأن من الممكن أن تكون غرفة العمليات شاغرة و المريض يبدأ كل ساعة وأخرى بسؤال الطبيب عن موعد العملية و يشتكي بأنه جائع لأنه (صايم) من أجل إجراء العملية، وأحياناً يكون الطبيب المشرف على المريض غير موجود (انتهى دوامه) واستلمه طبيب آخر والطبيب السابق لم يذكر بالتفصيل ما هي الإجراءات التي اتخذها للمريض.

٤-صراع الدور:

يعني به التعارض بين الواجبات والممارسات والمسؤوليات التي تصدر في وقت واحد من الرئيس المباشر للعامل، أو من تعدد التوجيهات عندما يكون الرؤساء المشرفين أكثر من شخص مما يشعره بعدم الاستقرار ويجعله يقع تحت ضغوط مستمرة تستلزم إعادة توفيقها للتخلص من الضغط، وهناك عدة صور من صراع الدور في المنظمات تتكون من العناصر الآتية:

-تعارض أولويات مطالب العمل.

-تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة.

-تعارض مطالب الزملاء مع تعليمات المنظمة.

-تعارض قيم الفرد مع قيم المنظمة التي يعمل بها (هيجان،١٩٩٨، ص١٧٧).

ومن أشهر الأمثلة في هذا المجال هو الصراع بين متطلبات العمل والأسرة، فأحياناً يتطلب العمل الغياب عن الأسرة لفترة كالسفر في مهمة معينة، وهذا ما يخلف التوتر النفسي والشعور بالضغط والقلق نظراً لترك العمل وعدم قدرة الفرد على الوفاء بالدور الأسري ومتطلبات الوظيفة وبهذا يحث الصراع (حسن،٢٠٠٠، ص١٠٠).

ونرى ذلك عند الأطباء المقيمين الذين لا يلتقون عائلاتهم سوى أيام محددة بالأسبوع حيث يقضون أغلب أوقاتهم في المشفى وعند حدوث أي طارئ يجب أن يكونوا دائماً على استعداد ليلاً ونهاراً.

٥-المناوبات الليلية:

إن العمل الليلي يسبب ضغطاً نفسياً وجسديا للأطباء والممرضين، إن أوقات العمل الليلي من أهم الأوقات المثيرة للضغط النفسي في العمل لدى العاملين في المجال الطبي (أطباء وممرضين)، وذلك

بسبب عدم الانسجام بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية، فقد بينت دراسات عدة بأن المناوبة الليلية لها تأثير سلبي في عادات النوم والعلاقات الاجتماعية، حيث تؤدي إلى اضطرابات في الشهية، وزيادة حالات الطلاق، والمشكلات الجنسية وانخفاض عدد اللقاءات مع الأسرة والأصدقاء (فونتانا،١٩٩٣، ص٥٨).

٦-العمل الروتيني:

يؤدي إلى مشاعر الملل والضيق، حيث يكون العمل روتيني ويتسم بالتكرار والجمود، أي عدم التجديد، بحيث يتسرب الشعور بالملل والانضغاط النفسي إلى العامل (ربيع،٢٠٠٦، ص٢٩٦).

ونرى ذلك خصوصاً لدى الممرضين حيث أعمالهم روتينية مثل في قسم غسيل الكلية وأقسام أخرى، وعند الأطباء حيث تمر فترات كل الناس تشتكي من نفس المرض حيث يسمى موسم انفلونزا مثلاً، والاختصاص بشكل عام يجعل العمل روتيني.

٧-التطور الوظيفي:

يعتبر إحساس العامل بغياب فرص لتطوير مهاراته أو الارتقاء بمستوى التأهيل غياب المساواة في المعاملة، غياب العدالة في الترقية، تشكل مصادر القلق، والإحباط وتسبب عدم الرضا الوظيفي، مما يؤدي بالعامل إلى البحث عن عمل آخر، أو التقاعد المبكر، وقد يلجأ العامل إلى الأساليب تكيفية مثل تقليل الجهد المبذول في العمل، اللجوء إلى التدخين والعقاقير، التباعد الاجتماعي والسلبية تجاه القرارات الإدارية والاستحقاق بها (حسن،٢٠٠٠، ص١٠٢).

أو قد يظهر ذلك من خلال عدم التعامل الجيد مع المرضى فيفضل المريض الذهاب للعيادات أو المشافي الخاصة أو إذا اضطر المريض الدخول للمشافي العامة فيذهب إلى العيادة الخاصة ثم يحوله الطبيب إلى المشفى العامة.

٨-بيئة العمل المادية:

إن اختلاف ظروف العمل المادية من مستوى الإضاءة، ورطوبة، وضوضاء، وترتيب مكان العمل، وغيرها من الظروف يمكن أن تؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل وظروفه، ويؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالتوتر والضغوط النفسية (ماهر،٢٠٠٢، ص٤٠٥).

بمعنى أن الظروف المادية للعمل وما تحتويه من عوامل مادية مثل طريقة تصميم المكتب، والخدمات المساندة، ووسائل الصحة والسلامة من احتمال التعرض لأية مخاطر أو أمراض مهنية، وغيرها من العوامل التي يكون تأثيرها مباشراً على مستوى الضغوط المهنية التي يتعرض لها العاملين، حيث يجب

توفر تدفئة دائمة في جميع المستشفيات وفي كل الأماكن وذلك بسبب طبيعة الملابس (نوعها قطنية خفيفة لا تقييهم برد الشتاء) التي يرتديها الأطباء والممرضين.

الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية والمهنية:

إن أغلب الآثار المترتبة على ضغوط العمل ليست بالضرورة سلبية لأن هناك بعض الآثار الإيجابية للضغط قد تدفع العامل نحو الإنجاز والتفوق، وتكون حافزاً للتنافس والدافعية وحل المشكلات، فالضغط ظاهرة من ظواهر الحياة، لكن الضغوط الحادة والمزمنة تؤدي إلى الإنهاك المهني.

لقد أصبحت الضغوط جزءاً من الحياة اليومية للفرد، وأصبحت لها انعكاساتها على الصحة البدنية والنفسية له، وتؤكد الإحصائيات أن الآثار المترتبة على الضغوط تكلف الولايات المتحدة حوالي١٠% من إجمالي الناتج القومي، وتذهب معظم هذه التكلفة لعلاج الأمراض النفسية الناتجة عن الضغوط، وهناك دلائل قوية على أن الضغوط تؤثر أيضاً على الصحة النفسية للفرد، وعلى مستوى أداءه في العمل (جرنبيرج، بارون،٢٠٠٤، ص٢٦٤).

١-التوتر وأثره على الأداء:

إن التوتر له تأثير على الصحة العامة سواء البدنية أو النفسية وبالتالي على الأداء في العمل بشكل سلبي وذلك للأسباب التالية:

-الشخص المتوتر يفكر لاإرادياً فيما يشعر به من ضغط وتوتر أكثر من تركيزه في أداء المهمة، لذلك لا يقوم بأدائها كما ينبغي.

-التعرض الدائم لضغوط الحياة يؤثر على الصحة العامة للشخص مما يحول دون أداء المهمة بنجاح (سلطان، ٢٠٠٤، ص٢٦٦).

بالرغم من هذه الحقائق إلا أنه يجب مراعاة وجود حالات لا يتأثر فيها الأداء بحالة التوتر أو يحدث ذلك عندما يكون الشخص المتوتر خبير واعتاد على أداء هذه المهمة وبذلك لا يتأثر أداءه تحت ضغط التوتر، والواقع أن الدارسين في هذا المجال قد ركزوا على دراسة علاقة الضغوط بالأمراض النفسية والجسمانية التي يصاب بها الأفراد إلا أنه من الممكن أن تكون هذه الأمراض ناتجة عن أسباب أخرى بخلاف الضغوط، ومن المهم تحديد الدور التي تساهم به الضغوط في تسبب هذه الأمراض من ناحية، والتعرف على المثيرات التي تسبب الأمراض الجسمانية وتلك التي تسبب الأمراض النفسية من ناحية أخرى، إلا أن هذا الأمر يسبب مشكلة كبيرة للباحثين في هذا المجال لصعوبة القياس بالإضافة إلى تباين الحالة الصحية(النفسية والجسمية)للأفراد من وقت لآخر (الباقي،٢٠٠٤،ص٢٤٨).

أهم الآثار الإيجابية والسلبية للضغوط النفسية والمهنية:

الآثار الإيجابية:

(تحفز على العمل، تجعل الفرد يركز ويفكر في العمل، ينظر الفرد إلى عمله بتميز، لتركيز على نتائج العمل، النوم بشكل مريح والنظر للمستقبل بتفاؤل، المقدرة عن التعبير عن الانفعالات والمشاعر، الشعور بالمتعة والإنجاز، تزويد الفرد بالحيوية والنشاط والثقة، المقدرة على العودة إلى الحالة النفسية الطبيعية عند مواجهة تجربة غير سارة) (العميان،٢٠٠٤، ص١٦٥).

الآثار السلبية:

يترتب على الإحساس بتزايد ضغوط العمل بعض الآثار السلبية الضارة للفرد والمنظمة أهمها ما يلي:

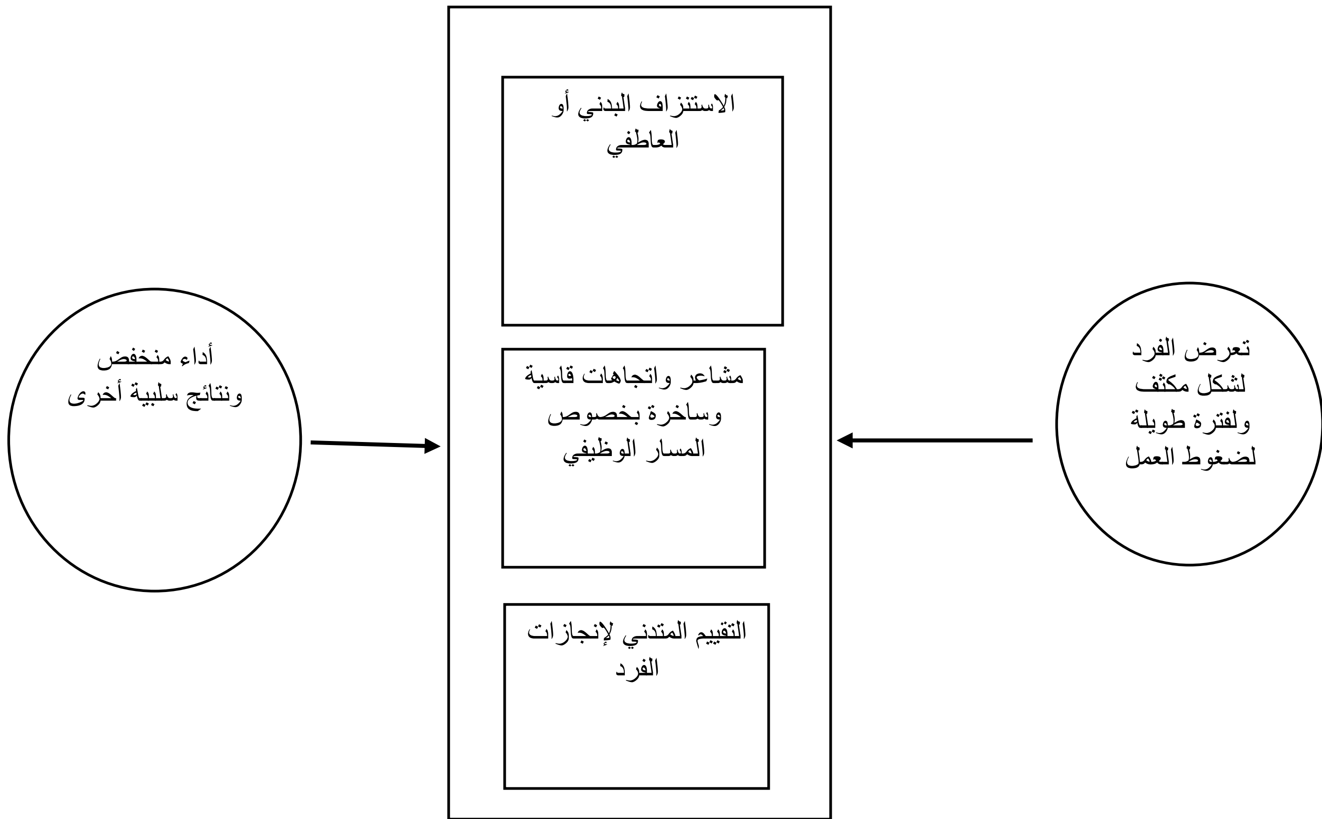
١-الآثار النفسية:

تتضمن معظم الأعمال درجة أو أخرى من الضغوط ويحاول بعض الأفراد التكيف معها في حين أن البعض الآخر لا يستطيع ذلك، ومع مرور الوقت واستمرار تعرض هؤلاء الأفراد للضغوط فإنهم يعانون من آثار نفسية عديدة أهمها الاحتراق النفسي وهو عبارة عن الأعراض الناتجة عن التعرض فترة طويلة للضغوط ويتكون من ثلاثة عناصر هي:

-**الاستنزاف العاطفي:** ويتمثل في حالة مزمنة من الإرهاق البدني، والعاطفي حيث يشعر الفرد بالإرهاق والتعب وعدم القدرة على التوافق مع العمل.

-**تحول الشخصية:** حيث ينمو لدى الفرد مشاعر واتجاهات قاسية وساخرة بخصوص مساره الوظيفي، حيث يشعر بأنه لا يعمل شيئاً له قيمة وأن الآخرين يرون ذلك أيضاً.

-**انخفاض مستوى الإنجاز:** حيث يكون تقييم الفرد لإنجازه في العمل تقييماً سلبياً، وينظر على أنه لم يفعل شيئاً ذا قيمة في الماضي كما أنه لا يأمل أن ينجز شيئاً له قيمة في المستقبل أيضاً وعناصر الاحتراق النفسي يوضحها الشكل (٥) (جرينبرج، بارون،٢٠٠٤، ص٢٦٦).



عناصر الاحتراق النفسي يوضحها الشكل (٥)

أهم تأثيرا الضغط النفسي على العامل يتمثل في عدم التوازن العاطفي، القلق، فساد الطبع، اضطراب في السلوك والعدوانية، وفي هذه الحالة فإن علاقات الفرد مع غيره ومحيطه تكون على شكل نزاعات دائمة ومستمرة تؤثر على الإنتاج المهني، ومن آثار الضغط الاضطراب النفسي وهو وليد الضغوط والذي يعني عدم استطاعة الفرد استعمال طاقته وموارده النفسية والجسمية (حسن،٢٠٠٤، ص٢٣٤).

٢-آثار فيزيولوجية:

كشفت العديد من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين الضغط المهني والاضطرابات الفيزيولوجية كما أوضحت نتائج البحوث الطبية أن أكثر من ٥٠% من الأمراض التي يواجهها الفرد، يرتبط أصلاً بالضغوط التي يتعرض لها خلال حياته، وتتمثل أهم الأمراض التي تتركها الضغوط المهنية في أمراض القلب، وسكر الدم، والصداع النصفي وآلام الظهر، وارتفاع ضغط الدم، وقرحة المعدة وغيرها من الأمراض العضوية الأخرى التي يطلق عليها أمراض التكيف لأنها لا تنشأ عن طريق العدوى، وقد أثبتت مجموعة من الدراسات السلوكية والتنظيمية أن زيادة عبء العمل وغموض الدور يؤديان إلى زيادة ضربات القلب وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم (عبد المجيد،فليه،٢٠٠٥،ص٣١٠).

٣-الآثار الاجتماعية:

تؤدي ضغوط العمل الحادة إلى الكثير من الآثار الاجتماعية السلبية منها الشعور بالاغتراب عن مجال العمل الذي ينتمي إليه الفرد، فعلى الرغم من وجود الشخص في العمل لكنه لا يشعر بالانتماء إليه، وإنما يتحول إلى إنسان غريب عنه، ويؤدي العمل المطلوب منه بدون رغبة وفي مواقف أخرى دون مستوى الكفاءة أو الفعالية المطلوبة (فليه، عبد المجيد،٢٠٠٥، ص٣١٢).

استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والمهنية:

بعد الاتفاق على أن الضغوط سمة من سمات العصر الحديث، ونتيجة لإفرازات تفاعلات العناصر المدنية المعقدة التي لا يمكن تجاهلها أو تجنبها تماماً بأية حال من الأحوال، ولكن يمكن إدارتها بالسيطرة عليها بتحسين قدرات الأفراد على التكيف، وتنمية القيم الإدارية الملائمة لديهم، والسيطرة على العوامل المؤثرة في المناخ العام للمؤسسة للتصدي لها قبل وقوعها أو الاستفادة منها وتوجيهها التوجيه السليم، ومن أبرز تلك الاستراتيجيات للتعامل مع ضغوط العمل الآتي:

١-الوسائل التنظيمية:

-**تحليل الأدوار وتوضيحها:** بحيث يدرك كل فرد مسؤوليته بشكل محدد وواضح، وما هو المطلوب منه، وما يتوقعه هو من غيره، ربما يساعد على تجنب التنازع وتعارض الأدوار.

-**إعادة النظر في تصميم الأعمال:** بما يساعد على إثراء الأعمال من خلال تحسين جوانب العمل الذاتية مثل توفير مزيد من المسؤولية والاستقلالية وفرص التقدم.

-**إيجاد مناخ تنظيمي مؤازر للأفراد:** من خلال إتاحة الفرص بما يتيح للأفراد قدر أكبر من الانفتاح، والاتصالات، والمشاركة، واللامركزية، والمرونة.

-**المؤازرة الاجتماعية:** من خلال توفير علاقات اجتماعية بين الأفراد، بحيث يشعر الفرد بأن زملائه ورئيسه يساندونه ويقدمون له العون والمساعدة ويقدرونه، ويشعر أنه مقبول منهم.

-**تخطيط وتطوير المسارات الوظيفية للأفراد:** بحيث يكون الفرد على علم ودراية بتدرجه الوظيفي، وفي أي اتجاه هو سائر في مجاله الوظيفي.

-**برامج مساعدة العاملين:** وتشتمل على برامج تعليمية وتدريبية وإرشادية لمساعدة الأفراد وإقناعهم بوجوب معالجة ضغوط العمل التي يتعرضون لها، وإجراء مراجعة دورية للأشخاص ذوي الأعمال التي تسبب ضغوطاً للكشف مسبقاً عن أي مؤشرات على وجود مشكلات واتخاذ الإجراءات الوقائية.

-**الإرشاد:** من أجل تحسين صحة وسلامة العامل نفسياً، لأن الإرشاد ليس مقصوراً على مشكلات تتعلق بشؤون الفرد الخاصة لكونها تؤثر على أدائه ومشكلات العمل أيضاً تؤثر على حياته الشخصية ويهدف الإرشاد بصورة عامة إلى مساعدة الأفراد على تطوير حالة ذهنية وعقلية أفضل، بحيث تنمو لديهم الثقة بالنفس ويزداد سيطرتهم على أنفسهم ومقدرتهم على العمل بفاعلية (حريم،٢٠٠٤، ص٢٩٥).

-**الأنشطة العلاجية في مناخ العمل:** تسعى المنظمات التي تعترف بتأثير ضغوط العمل على سلوك عامليها في إنشاء أنظمة علاجية لتخفيض هذه الضغوط عن كاهل العاملين، ومن هذه الأنظمة تعيين مستشار نفسي واجتماعي للعمل (ماهر،٢٠٠٢، ص٤٢١).

-**دوائر أو حلقات الجودة:** تمثل اجتماعات لمجموعات العمل لتحديد طرق تحسين الإنتاجية أو لتحسين الظروف والبيئة وتختار كل مجموعة عمل مناقشة الموضوع الذي ترى أهميته، مثل ابتكار طرق جديدة للمنظمة لتعريف الأفراد بمدى التقدم في العمل (حسن،٢٠٠١، ص٤١٩).

-**نظام الحوافز والمكافآت:** ترتبط الدافعية بالعديد من المفاهيم وأهمها الحاجة، الحافز، الباعث، وتعني الدافعية إلى تحقيق هدف معين، وقد ميز العلماء السلوكيين بين الحوافز الداخلية والخارجية على النحو التالي:

١-**الحوافز الداخلية:** ترتبط بالوظيفة نفسها، وتشمل الشعور الذاتي بالمسؤولية الشخصية اتجاه العمل، نتائج العمل التي تعني غالباً إنجاز العمل، وتتيح للفرد فرصة استخدام مهاراته على درجة عالية من التطور والتقدير، كما تتيح له فرصة الإشراك في نشاطات مختلفة ذات مغذى ترتبط بالعمل.

٢-**الحوافز الخارجية:** فلا ترتبط بالعمل نفسه بل تعود للأفراد ومن مصادر أخرى في المنظمة وتشمل زملاء العمل، المجموعات الغير رسمية، التنظيم الرسمي وتشمل:

-**الحوافز المالية:** الأجر أو الراتب المدفوع.

-**المزايا الإضافية:** الإجازة المدفوعة، وجبات الغداء، التأمين على الحياة والتأمين الصحي، مكافآت تقديرية.

-**المشاركة في الأرباح:** من خلال تقسيم جزء من الأموال المدخرة من عملية معينة على العاملين.

-**تقدير زملاء المهنة:** إشباع الحاجة للاحترام من قبل الزملاء، بسبب إنجازات العامل في مهنته وترقيته.

-**الحوافز غير التقليدية:** كإتباع نظام الدوام المرن (بالسماح للعامل بتحديد ساعات عمله)، مساعدة الأفراد في تحديد مسارهم المهني، تحقيق حاجات الآباء والأمهات من خلال توفير خدمات متكاملة في موقع العمل للأطفال دون سن المدرسة (أندرو دي وآخرون ،١٩٩١، ص٤١٧-٤١٩).

الطرق الفردية لإدارة الضغوط النفسية والمهنية:

-**الراحة والاسترخاء:** يعتمد على الجلوس مستريحاً وهادئاً، ثم التفكير في كلمة (واحدة) أو (شخص معين)، وبعض طرق الاسترخاء قد تصل إلى أخذ وضع بسيط من الاستلقاء على الأرض مع شد الرأس وإغماض العينين، ثم أخذ شهيق وزفير في هدوء تام مع ارتخاء العضلات (ماهر،٢٠٠٢، ص٤١٥).

-**التأمل:** وفيها يتم استرخاء العضلات والجهاز العصبي اللاإرادي، وتفريغ الذهن (استرخاء الحالة الذهنية) والابتعاد عن التفكير بالعالم الخارجي الذي يتسبب في الضغوط، ويردد الفرد عبارة أو يركز على صورة ذهنية، في موقع هادئ وهنالك عدة طرق للتأمل منها(اليوجا) يجلس الفرد في مكان هادئ في وضع مريح، مغلقاً عينيه مرددا لفظاً معين، ونظراً لأهمية التأمل في تخفيف الضغوط وعلاجها قامت بعض المنظمات بتخصيص غرف لموظفيها لغايات التأمل.

-**إعادة البناء المعرفي:** وهي تشجيع الفرد على تبني الاعتقاد بأن إخفاقه المتقطع لا يجب أن يعني له بأنه إنسان فاشل أو سيء.

-**التغذية البيولوجية الراجعة:** تتضمن هذه الطريقة استخدام الأجهزة الالكترونية لتدريب الفرد وزيادة إدراكه لأي تغيير في الجسم، وفي ضوء ذلك يتصرف الفرد بطريقة معينة محاولاً من خلال السيطرة على هذه التغيرات، مثلاً إذا ما أشار الجهاز إلى أعراض للتوتر مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، يستطيع الشخص، أن يسيطر على ذلك جزئياً من خلال إبطاء سرعة ومعدل تنفسه وإبطاء معدل شهيقه وزفيره، وجعلها عميقة ومن سلبيات هذه الطريقة أنها عالية التكاليف، وهي متنوعة وعديدة وليست جميعها تتمتع بدرجة عالية من الدقة والمصداقية.

-**ضبط السلوك ذاتياً:** بموجب هذه الطريقة يقوم الفرد بالسيطرة على الأشياء والأمور التي تسبق الأشياء والتي تعقبه، ومن ثم يستطيع السيطرة على سلوكه (حريم،٢٠٠٤، ص٢٩٨).

- **ممارسة الرياضة:** أنه من الثابت أن الكفاءة البدنية للفرد دورا في مواجهة الآثار الجانبية السيئة لضغوط العمل، فعلى سبيل المثال الشخص المصاب بداء القلب والمتعود على أداء تمرينات رياضية مستمرة لهذا الغرض، قد يكون من الصعب أن يتعرض لأزمة قلبية من الضغوط النفسية للعمل (ماهر،٢٠٠٢، ص٤١٦). إن ممارسة الرياضة تصرف طاقة الإنسان في أشياء مفيدة-على الأقل-لمدة

ثلاث مرات أسبوعياً، حيث تعمل على زيادة إمداد المخ بالأكسجين مما يجدد خلاياه ويساعد(المخ) على القيام بكافة الأنشطة من تفكير /تصور /تخيل انتباه/حفظ/فهم.... الخ (غانم،٢٠٠٩، ص١٠٨-١٠٩).

-**النظام الغذائي:** يقصد بذلك أنواع وكميات الغذاء التي تدخل على الجسم، فالغذاء المتكامل ضروري لوظائف أعضاء الجسم، ولإعطاء الطاقة الحيوية اللازمة لأداء العمل (ماهر،٢٠٠٢، ص٤١٦).

-**طلب المساعدة من المتخصصين:** يلجأ الفرد إلى هذا الأسلوب عندما لا تجدي المحاولات السابقة في إعادة بناء الشخصية، حيث إن الضغوط قد تكون من الحدة بحيث يعجز الشخص عن مواجهتها بالأساليب السابقة مما يحتم طلب المساعدة من الأشخاص المختصين في معالجة الضغوط من الأطباء والمعالجين النفسيين (هيجان،١٩٩٨، ص٣٥٥).

الفصل الرابع: منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، إن المنهج الوصفي التحليلي يصف الظاهرة كما هي في الواقع ويدرس العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية ودراسة الفروق باستخدام المقاييس التالية (الوسواس القهري والضغوط النفسية) تبعاً للمتغيرات التالية (الجنس –عدد سنوات العمل–الحالة الاجتماعية –العمل) وأثر التفاعل بين المتغيرات ثم يفسر ويحلل النتائج. بالإضافة إلى المنهج الإكلينيكي متمثلاً بإجراء دراسة إكلينيكية تكون على شكل دراسة حالات لدى الأطباء والممرضين في بعض مشافي دمشق.

وتمت معالجة البيانات باستخدام طرائق إحصائية مناسبة.

ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع الأطباء والممرضين في المشافي التالية (المواساة–الأسد الجامعي– التوليد الجامعي) في مدينة دمشق، والبالغ عددهم(٢٤٦٧) طبيب/ة وممرضة، وذلك حسب إحصائيات مكاتب الإحصاء في كل مشفى من مشافي دمشق للعام ٢٠١٦، والجدول(١) التالي يبين توزع العينة:

الجدول(١) توزع العينة

المشفى	عدد العاملين		المجموع
	أطباء	ممرضين	
المواساة	٥٨٧	٨٢٥	١٤١٢
الأسد الجامعي	١١٢	٦٠٣	٧١٥
التوليد الجامعي	١٤٠	٢٠٠	٣٤٠
المجموع	٨٣٩	١٦٢٨	٢٤٦٧
علماً أن التطبيق تم فقط على الممرضين ذوي الدوام الصباحي			

جدول(٢) يوضح توزع أفراد عينة الدراسة حسب (الجنس، العمل، عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية)

جدول(٢) توزع الأفراد حسب متغيرات الدراسة

الجنس	العدد	العمل	العدد	عدد سنوات العمل	العدد	الحالة الاجتماعية	العدد
ذكر	١٠٢	طبيب	١٣٨	أقل من ٣سنوات	٩٩	أعزب	١٤١
أنثى	١٠١	ممرضة	٦٥	من٣إلى أقل من ٦سنوات	٥٣	متزوج	٦٢
				من ٦إلى أقل من ٩سنوات	٤١		
				من ٩سنوات فأكثر	١٠		
المجموع	٢٠٣	المجموع	٢٠٣	المجموع	٢٠٣	المجموع	٢٠٣

ثالثاً: عينة الدراسة:

بلغ حجم عينة الدراسة السيكومترية لمقياس الوسواس القهري ومقياس الضغوط النفسية والمهنية ٧١طبيب وطبيبة وممرضة من مشفى المواساة (بناء العيادات والإسعاف) في محافظة دمشق. بالإضافة لعينة البحث الأساسية حيث المجتمع الأصلي تكون من (٢٤٦٧) طبيباً وطبيبة وممرضة من مشافي دمشق (المواساة – الأسد الجامعي–التوليد الجامعي)، وهي عينة متيسرة بلغ العدد النهائي (٢٠٣) طبيباً وطبيبة وممرضة، بعد استثناء (٢٩) استمارة غير مكتملة لنقص المعلومات فيها، أو الإجابات غير مكتملة بسبب انشغال الطبيب/ة أو الممرضة بالمرضى، أو ترك بعض البنود دون إجابة، فتم استبعادها وقد سحبت بطريقة غير عشوائية قصدية وذلك حسب متطلبات الدراسة وهي ممثلة بنسبة (٨%)من أفراد المجتمع الأصلي. وقد تم تطبيق أدوات الدراسة على الأطباء والممرضين الذين يتعرضون لظروف عمل حرجة أي الأقسام التالية(قسم الجراحة العامة والتخصصية بجميع شعبها جراحة "عامة–عظمية–عصبية–أوعية–صدرية–بولية–نسائية"، العناية المشددة "عصبية–إسعافيه–صدرية–قلبية" قسم الأمراض الباطنية" الصدرية–الكلية–القلبية"، قسم الإسعاف)، وطبيعة الحالات المرضية الحرجة والمعرضة بدرجة مرتفعة للخطر، مما يؤثر على طبيعة الضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين، وبالتالي تعرضهم لمستويات مرتفعة من الضغوط بسبب العمل في ظروف انفعالية معظم الأحيان، الأمر الذي يزيد من احتمالية تعرضهم للاحتراق الوظيفي والاضطرابات النفسية أكثر من غيرهم العاملين في الأقسام الأخرى.

رابعاً: أدوات الدراسة:

١–مقياس الوسواس القهري:

وصف المقياس:

قائمة الوسواس القهري تأليف كوزاك فوا، سولكوفيسكس، كولز وأمير(١٩٩٨) ترجمة وإعداد العاسمي(٢٠١٥) وتقيس هذه القائمة تكرار الوساوس والاندفاعات الشديدة خلال الشهر الماضي التي سببت الضيق للفرد. والتي تتألف من (٤٢) عبارة موزعة على سبعة أبعاد، هي التالية: الغسل، الفحص، والشك، والترتيب، والهواجس، والتضخيم، والتحييد. ويجيب المفحوص على هذه العبارات على مدرج من خمسة أوزان حسب طرية ليكرت (٠= أبداً، إلى ٤ دائماً تقريباً) هذا بالنسبة لتكرار المشكلة، وفي حالة الإجهاد أو الضغط يجيب المفحوص كذلك على كل عبارة من العبارات على مدرج مكون من خمسة أوزان حسب طريقة ليكرت:(٠= ليس على الإطلاق، إلى ٤ واضحة للغاية). حيث تضاف الدرجات مع بعضها البعض أي الشدة والتكرار والتي تتراوح بين (٠ إلى ١٦٨) درجة. والدرجات من (٤٠) أو أكثر على مقياس الإجهاد تشير إلى الوسواس القهري، والإجابة على العبارات بالاتجاه الإيجابي. كما يمكن حساب الدرجات الفرعية لهذا المقياس والتي تفيد في التقييم السريري.

جدول (٣) أبعاد مقياس الوسواس القهري

البعد	رقم البند
١–الغسلWashing	(٢، ٤، ٨، ٢١، ٢٢، ٢٧، ٣٨، ٤٢).
٢–الفحصcheching	(٣، ٧، ٩، ١٠، ١٩، ٢٤،، ٣١، ٣٢، ٤٠)

٣–الشك والارتيابDoubting	(٢٦، ٣٧، ٤١).
٤–الترتيب Ordeing	(١٤، ١٥، ٢٣، ٢٩، ٣٥).
٥–الهواجسObsession	(١، ١٢، ١٣، ١٧، ٢٠، ٢٨، ٣٠، ٣٣).
٦–التضخيمHoading	(٦،١١، ٣٤).
٧–تحييدNeutralising	(٥، ١٦، ١٨، ٢٥، ٣٦، ٣٩).

الخصائص السيكومترية لمقياس الوسواس القهري:

الخصائص السيكومترية الأصلية لمقياس الوسواس القهري:

صدق المقياس

قام الباحث (٢٠١٣) بحساب صدق المقياس الحالي باستخدام الصدق الظاهري والذي يدل على مدى ملاءمة المقياس للأفراد. ويبدو ذلك في وضوح معلوماته وصحة ترتيبها للمساعدة في فهم بنود المقياس أو أسئلته والإجابة عنها، ومن خلال تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين تبين تمتعه بالصدق الظاهري، حيث دلت أحكام أفراد عينة التقنين على سهولة فهم عيناته ووضوح بنوده. كذلك اعتمد معربا المقياس على حساب دلالة الفروق بين متوسط درجة المستوى الميزاني الأعلى ومتوسط درجات المستوى الميزاني الأدنى لأفراد عينة التقنين (ن = ٥٠٠)، وذلك للاطمئنان على صدق المقياس معتمداً في ذلك على القسمة الثلاثية لدرجات أفراد عينة التقنين، وأشارت النتائج إلى أن الفرق القائم بين المتوسطات له دلالة إحصائية، وحجم التأثير كبير، وهذا يعني أن المقياس يميز بوضوح بين الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة والأفراد ذوي الدرجات المرتفعة، وهذا مؤشر من مؤشرات صدق المقياس التي تدعو إلى الاطمئنان.

كذلك قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس باستخدام طريقة الصدق العاملى وذلك لتقييم مدى صحة المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس من الناحية النظرية والتجريبية (لبيان كيف ترتبط العوامل المكونة للمقياس مع بعضها البعض، وأن هذه العوامل تعتبر فعلاً مكونات الوسواس القهري)، وعلى هذا قام الباحث بإجراء التحليل العاملي للمقياس باستخدام بيانات العينة الكلية (ن=١٢٠) طالباً من طلاب كلية التربية والعلوم (قسم الكيمياء)، وتم تدوير العوامل. ويوضح الجدول مصفوفة التحليل العاملي قبل التدوير للأبعاد الأساسية للمقياس، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي أن الأبعاد الأساسية تشبعت جميعاً على عامل واحد، وهذه الأبعاد هي (الفحص، الغسل، الشك، الترتيب، الهواجس، التضخيم، التحييد) ويمكن تسمية هذا العامل (بالوساوس والأفعال القهرية).

الجدول (٤) مصفوفة التحليل العاملي قبل التدوير للأبعاد الأساسية لقائمة الوساوس القهرية

م	الأبعاد	العوامل قبل التدوير	الاشتراكيات
		١	
١	**الفحص**	٠,٨٦	٠,٧٨
٢	**الغسل**	٠,٧١	٠,٥٠
٣	**الشك**	٠,٩٠	٠,٨١

٤	الترتيب	٠,٧٦	٠,٥٨
٥	الهواجس	٠,٨٣	٠,٦٨
٦	التضخيم	٠،٨٧	٠،٦٥
٧	التحييد العقلي	٠،٧٦	٠،٨٤
الجذر الكامن		٣,٣٦	
نسبة التباين		٦٧,١٤	

كما أجرى التحليل العاملي للأبعاد الفرعية للمقياس، وذلك كما هو موضح بالجدول (٤) الذي يعرض مصفوفة التحليل العاملي قبل وبعد التدوير للأبعاد الفرعية للمقياس، وقد رأى الباحث لجعل العوامل أكثر نقاءً ووضوحاً رفع الحد الأدنى للتشبعات إلى ٠,٥، وبذلك تتشبع أبعاد المقياس الفرعية على ثلاثة عوامل هي:

العامل الأول: يتشبع بالأبعاد: عامل الغسل

العامل الثاني: يتشبع بالأبعاد: عامل الفحص والملاحظة

العامل الثالث: يتشبع بالأبعاد: عامل الشك

العامل الرابع: ويتشبع بالأبعاد: عامل الترتيب.

العامل الخامس: عامل الهواجس

العامل السادس: عامل التضخيم.

العامل السابع: عامل التحييد العقلي

الجدول (٥) مصفوفة التحليل العاملي قبل وبعد التدوير للأبعاد الفرعية لقائمة الوساوس القهرية

م	أبعاد المقياس	العوامل قبل التدوير			العوامل بعد التدوير			التشبعات
		١	٢	٣	١	٢	٣	
١	الفحص	٠,٧٠	٠,٠٢	٠,٤٠	٠,٢١	٠,٣١	٠,٧٢	٠,٦٦
٢	الغسل	٠,٦٠	٠,١٠٨	٠,٥٧	———	٠,١٦	٠,٨٢	٠,٧١
٣	الشك	٠,٨١	٠,٠٠٢	٠,١١	٠,٤٦	٠,٤٠	٠,٥٥	٠,٦٧
٤	الترتيب	٠,٧٨	٠,٠٠٢	٠,١٤	٠,٥٥	٠,٤٧	٠,٣٢	٠,٦٣
٥	الهواجس	٠,٥٠	٠,٣٨	٠,٣٣	٠,٣١	———	٠,٦٣	٠,٥٠.
٦	التضخيم	٠,٥٦	٠,٧٠	٠,١٠	———	٠,٩٠	———	٠,٨١

٧	التحييد العقلي	٠,٧١	٠,٣٠	____	٠,٢٤	٠,٦٢	٠,٤٠	٠,٦٠
الجذر الكامن		٦,٩٠	١,٦٧	١,٠٤	٣,٤٧	٣,٢١	٢,٩٣	____
نسبة التباين		٤٦,٠٣	١١,١٥	٦,٩٤	٢٣,١٦	٢١,٤٣	١٩,٥٤	____

وهو ما يتفق إلى حد بعيد مع الأبعاد التي وضعها (فاو وآخرون،١٩٩٨) وذلك كما يتضح في الجدول، والذي يشير إلى أن الوساوس كبعد أساسي يتضمن (الأبعاد التي تم ذكرها وفي التحليل الحالي زاد عنها، وجميع البنود والأبعاد دالة ومتفقة مع ما أشار أليه فاو ورفاقه).

ثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة حجمها (٨٠) طالباً وطالبة من طلبة كلية التربية وقسم الكيمياء مناصفة بين الكليتين، وكذلك مناصفة بين الذكور والإناث، حيث أظهر ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية عن النتائج التالية الموضحة في الجدول التالي

الجدول (٦) معاملات ثبات قائمة الوساوس القهرية وأبعاده الأساسية والفرعية باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

م	الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ ن = ٨٠	التجزئة النصفية ن = ٨٠	
			جتمان	سبيرمان براون
١	الفحص	٠,٨٢	٠,٦٩	٠,٧٠
٢	الغسل	٠,٧٣	٠,٨٤	٠,٨٤
٣	الشك	٠,٥٢	٠,٦٧	٠,٦٨
٤	الترتيب	٠,٦٨	٠,٥٩	٠,٦١
٥	الهواجس	٠,٥٢	٠,٤٩	٠,٥٢
٦	التضخيم	٠,٤٧	٠,٤٠	٠,٤٢
٧	التحييد العقلي	٠,٧٩	٠,٧٧	٠,٧٩
	الدرجة الكلية	٠,٩٣	٠,٨٧	٠,٨٧

ومن الملاحظ أن نسب التكرار في كل من بنود تكرار الأعراض وضغوط الأعراض كانت متساوية، لذلك لم يقم مترجم هذه المقياس بحساب كل منهما على حدة، وإنما تعامل معه بشكل كلي. لذلك يطلب من الباحثين الذين يستخدمون هذه القائمة حساب الصدق والثبات لكل من هذين المقياسيين الفرعيين (التكرار، والضغوط) (العاسمي،٢٠١٦).

٢. دراسة الثبات:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقتين: (ألفا كرونباخ، التجزئة النصفية)، وذلك بالنسبة للأبعاد، وللدرجة الكلية، كما هو مبين في الجدول (١٦):

الجدول (١٦) قيم معاملات الثبات بطرائق (ألفا كرونباخ، التجزئة النصفية)، وذلك بالنسبة للأبعاد، وللدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد الفرعية	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
الغسل	٠,٧٦٣	٠,٧٧٢
الفحص	٠,٨٠٩	٠,٨٢٧
الشك والارتياب	٠,٦٤١	٠,٦٥٧
الترتيب	٠,٦٢٩	٠,٦٣١
الهواجس	٠,٧٥٩	٠,٧٦٥
التضخيم	٠,٦٤١	٠,٦٣٠
تحييد	٠,٧٣٥	٠,٧٤١
الدرجة الكلية	٠,٨٦٥	٠,٨٧٦

١ ** دال عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يُلاحظ من الجدول السابق أن المقياس يتصف بمعاملات ثبات جيدة حيث تراوحت بين (٠,٦٢٩-٠,٨٦٥) بطريقة ألفا كرونباخ، وتراوحت بين (٠,٦٣٠-٠,٨٧٦) بطريقة التجزئة النصفية وجميعها قيم مقبولة إحصائياً، وبالتالي يصبح المقياس جاهز للتطبيق على عينة الدراسة.

٢-مقياس الضغوط النفسية والمهنية:

وصف المقياس:

ويقيس هذا المقياس الضغوط النفسية والمهنية التي يتعرض لها الفرد وهو من إعداد الباحثة، وقد تم إعداده كما يلي:

المرحلة الأولى:

- الاطلاع على المراجع والدراسات والأبحاث التي قامت بدراسة الضغوط النفسية والضغوط المهنية وذلك بقصد التعرف على الكيفية التي تم من خلالها دراسة هذه الضغوط من أجل قياسها.

-الاطلاع على بعض الاختبارات والأدوات التي استخدمت في قياس الضغوط النفسية والضغوط المهنية، وذلك للوقوف على مكوناتها وكيفية صوغ مفرداتها وأسلوب الإجابة وطريقة التصحيح لديها وتوظيف هذه المعلومات في إعداد وتصميم أداة البحث الحالي.

ومن أمثلة هذه الاختبارات:

-مقياس الضغط النفسي الناتج عن الحياة المهنية: إعداد فونتانا(Fontana) تعريب طلعت منصور(١٩٨٩).

-قائمة هوبكنز لأعراض الضغط النفسي.

-قائمة أعراض الضغط النفسي إعداد: ليتز وستولر (Leatz& Strolar) تعريب ليلى الشريف(٢٠٠٣).

-مقياس مصادر الضغوط النفسية والمهنية إعداد مريم(٢٠٠٦).

-مقياس قائمة أعراض الضغوط النفسية والمهنية إعداد مريم(٢٠٠٦).

-مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية إعداد مريم(٢٠٠٦).

المرحلة الثانية:

تتضمن إعداد بنود المقياس وتوزيعها على أبعاده المناسبة، ويتكون من(٥١) عبارة ويجيب المفحوص عن هذه العبارات على مدرج من أربعة أوزان حسب طريقة ليكرت (دائما=٤، غالباً=٣، قليلاً=٢، أبداً=١)، وقد اختارت الباحثة هذه الاحتمالات في الإجابة لأن من المهم في تحديد الضغوط النفسية والمهنية هو مرات تكراره وليس مجرد حصوله، علماً أن النتائج يتم تفريغها على ورقة الإجابة بوضع إشارة أمام العبارة والخيار الملائم، وتتوزع الدرجات على مقياس الضغوط النفسية والمهنية كما يلي: (٥١-١٠٢منخفض، ومن ١٠٣-١٥٣متوسط،١٥٤-٢٠٤مرتفع) درجة. انظر الملحق(٢).

جدول (١٧) أبعاد مقياس الضغوط النفسية والمهنية

البعد	رقم البند
١-البعدالنفسي	(١،٢،٣،٤،٥،٦،٧،٨،٩،١٠،١١،١٢،١٣)
٢-البعد العضوي	(١٤،١٥،١٦،١٧،١٨،١٩،٢٠،٢١،٢٢،٢٣)
٣-البعد المهني	(٢٤،٢٥،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩،٣٠،٣١،٣٢،٣٣،٣٤،٣٥)
٤ - بعد العلاقة مع الآخرين	(٣٦،٣٧،٣٨،٣٩،٤٠،٤١،٤٢)
٥-بعد العلاقة مع المرضى	(٤٣،٤٤،٤٥)
٦-بعد المستلزمات الطبية	(٤٦،٤٧،٤٨)
٧-البعد المادي	(٤٩،٥٠،٥١)

ولقد قامت الباحثة بانتقاء مفردات البنود بحيث تكون بسيطة واضحة ومفهومة مصاغة بلغة سهلة تناسب الأطباء والممرضين.

الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية:

صدق الاختبار وثباته:

تمّ التحقق من صدق المقياس وثباته من خلال قيام الباحثة بدراسة الخصائص السيكومترية على عيّنة مؤلّفة من (٧١) من الأطباء والممرضين وجاءت النتائج كما يأتي:

دراسة الصدق:

وتمت دراسة الصدق من خلال:

صدق المحتوى:

ويعرف بأنه "رفع استثارة المفحوصين للحد الأقصى لتقبل المقياس، ولضمان تعاون المفحوصين في الموقف الاختباري" (أبو علام، ٢٠٠٤، ٢٥٧).

عُرِضَ المقياس – في صورته الأولية المؤلفة من (٥٨) عبارة-على مجموعة من المحكمين المتخصصين من أعضاء هيئة التدريس في كلية التربية بجامعة دمشق من مختلف الأقسام، بهدف التأكد من صلاحيته علمياً وتمثيله للغرض الذي وضع من أجله، والاستفادة من ملاحظاتهم ومقترحاتهم، وقد جاءت ملاحظاتهم كما يأتي:

إعادة صياغة بعض العبارات لتصبح أكثر وضوحاً. نقل بعض العبارات من بعد إلى بعد آخر أكثر مناسبة.

تحويل العبارات المركبة إلى عبارتين منفصلتين لضمان الحصول على استجابات أكثر دقة وحذف بعض العبارات، وقامت الباحثة بالتعديل وفقاً لما اتفق عليه ٨٠%من السادة المحكمين، وبلغ عدد العبارات بصورتها النهائية(٥١) عبارة، والملحق(١) يبين أسماء السادة المحكمين.

الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي:

تم التحقق منه من خلال حساب قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من الأبعاد الأساسية مع الدرجة الكلية للمقياس بشكل عام، والجدول (١٨) يشير إلى تلك النتائج:

الجدول (١٨) قيم معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد الفرعية	البعد النفسي	البعد العضوي	البعد المهني	العلاقة مع الاخرين	العلاقة مع المرضى	المستلزمات الطبية	البعد المادي	الدرجة الكلية
البعد النفسي	–	0.761**	0.790**	0.738**	0.389**	0.339**	0.235**	0.936**
البعد العضوي	–	–	0.743**	0.492**	0.463**	0.221**	0.295**	0.874**
البعد المهني	–	–	–	0.675**	0.375**	0.243**	0.400**	0.899**
العلاقة مع الاخرين	–	–	–	–		0.374**	0.425**	0.781**
العلاقة مع المرضى	–	–	–	–	–	0.303**	0.450**	0.537**
المستلزمات الطبية	–	–	–	–	–	–	0.205**	0.358**
البعد المادي	–	–	–	–	–	–	–	0.234**
الدرجة الكلية	–	–	–	–	–	–	–	–

١ ** دال عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتبين من خلال الجدول (١٨) أن معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١). وبالتالي فإن المقياس يتصف بدرجة عالية من الاتساق الداخلي، ما يدل على صدقه البنيوي.

٢. دراسة الثبات:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقتين: (ألفا كرونباخ، التجزئة النصفية)، وذلك بالنسبة للأبعاد، وللدرجة الكلية، كما هو مبين في الجدول (١٩):

الجدول (١٩) قيم معاملات الثبات بطرائق (ألفا كرونباخ، التجزئة النصفية)، وذلك بالنسبة للأبعاد، وللدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد الفرعية	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
البعد النفسي	٠,٧٧٥	٠,٧٧٩
البعد العضوي	٠,٧٨٩	٠,٧٩٥

البعد المهني	٠,٧٣٥	٠,٧٥٤
العلاقة مع الاخرين	٠,٦٧٣	٠,٦٨٤
العلاقة مع المرضى	٠,٦٢٣	٠,٦٨٥
المستلزمات الطبية	٠,٦٠٢	٠,٧٢١
البعد المادي	٠,٦٣٩	٠,٧٤٢
الدرجة الكلية	٠,٩٠٧	٠,٩١٢

يُلاحظ من الجدول السابق أن المقياس يتصف بمعاملات ثبات جيدة حيث تراوحت بين (٠,٦٠٢-٠,٩٠٧) بطريقة ألفا كرونباخ، وتراوحت بين (٠,٦٨٥-٠,٩١٢) بطريقة التجزئة النصفية وجميعها قيم مقبولة إحصائياً، وبالتالي يصبح المقياس جاهز للتطبيق على عينة الدراسة.

٣-المقابلة الإكلينيكية:

يقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص (الطبيب/ة، الممرضة) للحصول على المعلومات، من خلال ملاحظة انفعالات وأفكار المفحوص، وهي مقابلة فردية بين المفحوص والباحثة مع ضمان السرية التامة، ومن أجل الحصول على معلومات دقيقة عن المفحوص.

والمقابلة عند بينجام ومور(Bingham&Moore.1959) إنها محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد بدرجة أكبر من كونها كسباً للرضا العام من المحادثة ذاتها. وتتم في صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم. وقد تستخدم في الحصول على معلومات (Bingham&Moore.1959.p9).

اعتمدت الباحثة المقابلة البحثية، لأن ليس لها هدف تشخيصي أو علاجي، بل مرتبط بما تريده الباحثة، وبما يتلائم مع طبيعة المقابلة والبيانات المراد الحصول عليه.

ومن هنا قامت الباحثة بتصميم استمارة مقابلة إكلينيكية مقننة بعد الرجوع والاطلاع على الأطر النظرية منها عمر(١٩٩٢)، كفافي(١٩٩٩)، عبد المعطي(٢٠٠٣)، أبو علام(٢٠٠٤)، فرانس بيترمان(٢٠٠٩)، رضوان(٢٠١٤).

والمقابلة التي صممتها الباحثة هي مقابلة مقننة، والتي تعني توجيه الأسئلة نفسها وبالطريقة نفسها، وهذه المقابلات توفر الضوابط اللازمة التي تسمح بصياغة تعميمات عملية وتتصف بالدقة والضبط وتنظيم المحتوى، وتمتاز بسهولة بلورة الإجابات كمياً وتحليلها كيفياً، ويهدف إلى الحصول على معلومات معينة من نموذج مقرر سلفاً، والأشخاص الذي تجري مقابلتهم على هذا النحو يجيبون على أسئلة متشابهة ويتلقون توضيحات مماثلة ويجري الحوار معهم في ظروف متقاربة إلى حد كبير (عبد المؤمن،٢٠٠٨، ص٢٥٢).

٤-دراسة الحالة:

إن الهدف من دراسة الحالة هو معرفة تفاصيل حالة (أطباء/ممرضات)، حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الوسواس القهري ومقياس الضغوط النفسية والمهنية، وذلك من أجل التعرف على أبرز العوامل الكامنة خلف الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لديهم، ومعرفة ما يترتب عليها من نتائج وآثار.

وتاريخياً تعود جذور هذا المبدأ للتحليل النفسي. والمثال المشهور حول ذلك هو دراسة فرويد للمريضة آنا، وتعد عروض الحالات وصوفات استرجاعية موجهة كمياً من دون تخصيص التدخلات والقياسات المنهجية لآثار التدخل، وعلى الرغم من أن دراسة الحالة يمكن أن تجري لإثبات الفروض أيضاً، إلا أنه في البحث العلاجي النفسي والممارسة لا نجد سوى عروض بمعنى تعميم للفرضيات(Hillyard.1993) وبالانسجام مع هذا فإن هذه الطريقة الاستكشافية المعرفية heuristic-epistemological مفيدة إذا كان الهدف هو الفهم الأفضل لما يحدث في العلاج النفسي بالضبط (شلوتكه وآخرون،٢٠١٦، ص٤٨٧).

ودراسة الحالة ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر قدر من المعلومات الدقيقة والواضحة التي تمكنه من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة. وهي غنية جداً من حيث تفاصيلها، كما أن بعض النظريات الرئيسية في علم النفس تم تطويرها بواسطة علماء اشتقوا بياناتهم من دراسات مفصلة لحالات فردية (دويدار،٢٠٠٦، ص٢٠٦).

خامساً: إجراءات الدراسة:

في سبيل القيام بالدراسة الحالية، قامت الباحثة بالخطوات التالية:

-عمل مسح للدراسات السابقة والاطلاع على أدبيات الدراسة.

-إعداد الإطار النظري للدراسة.

-إعداد مقياس الضغوط النفسية والمهنية الذي تم عرض إجراءات إعداده في الصفحات (١٨٥-١٨٦).

-الحصول على موافقة المشافي (المواساة _الأسد الجامعي_ مشفى التوليد الجامعي) للسماح بالتطبيق على الأطباء والممرضين.

-تطبيق المقاييس (حيث بدء في ٢٠١٦/١٠/١٦إلى٢٠١٦/١١/٣٠) بواقع الذهاب كل يوم إلى المشافي والتطبيق في طابق أو طابقين كل يوم في أيام الدوام الرسمية من الساعة صباحاً١٠حتى١ظهراً لأن خارج هذا الوقت يوجد جولات على المرضى أو اجتماعات حيث استغرق التطبيق في كل من المواساة(١٢يوم)، الأسد الجامعي(١٠أيام)، التوليد الجامعي(١٢يوم).

-اختبار فروض الدراسة والمعالجة الإحصائية.

-تفسير نتائج الدراسة.

سادساً: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قامت الباحثة بإدخال نتائج تطبيق أدوات البحث في الحاسب الآلي، تمهيداً لمعالجتها بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والنفسية (Spss20) لاستخراج التحليلات الإحصائية المناسبة، وشملت هذه التحليلات الإحصائية ما يلي:

-معامل الارتباط بيرسون

-التكرارات والنسب المئوية

- للصدقKMO

-ألفاكرونباخ للثبات

-تحليل الانحدار

-اختبار ت ستودنت

-اختبار تحليل التباين الأحادي(ANOVA)

-اختبار تحليل تباين ثنائي

- آموس AMOS لتحليل المسار

سابعاً: الصعوبات التي واجهت الباحثة:

يكاد لا يخلو بحث علمي من وجود صعوبات ومعوقات تعترض الباحثة أثناء إجرائه، ومن أهم الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء عملية التطبيق ما يلي:

-استغرق إعداد المقاييس وعرضها على أساتذة جامعة دمشق (كلية التربية) فترة طويلة.

-استغرق الحصول على الموافقة للتطبيق في المشافي وقت طويل جداً مع رفض مشفى المجتهد بعد شهرين التطبيق.

الفصل الخامس

عرض نتائج الأسئلة والفرضيات ومناقشتها

أسئلة الدراسة:

عرض السؤال الأول وتفسيره:

هل يمكن التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية في مشافي دمشق؟

وهذا السؤال يتفرع إلى قسمين هما:

-هل يمكن التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء في مشافي دمشق؟

للإجابة عن هذا التساؤل، قامت الباحثة بتطبيق تحليل الانحدار المتعدد وفقاً للطريقة التدريجية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (٢٠): معامل الارتباط والتحديد بين كل من الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية والمتوسطات والانحراف المعياري لكل متغير

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد العينة	معامل الارتباط	معامل التحديد
الوسواس القهري	٩١,٩٠	٣٤,٢٣	١٣٨	٠,٨٢٧	٠,٦٨٤
البعد النفسي	٣٩,٠٥	٧,١٥	١٣٨		
البعد العضوي	٢٨,٥٧	٥,٩	١٣٨		
البعد المهني	٣٦,٦	٦	١٣٨		
العلاقة مع الاخرين	٢٠,٦٣	٣,٤٥	١٣٨		
العلاقة مع المرضى	٩,٣٢	١,٨٩	١٣٨		
المستلزمات الطبية	٧,٨٦	١,٢٥	١٣٨		
البعد المادي	١١,٨٩	٠,٥٩	١٣٨		
الدرجة الكلية	١٥٣,٩٤	٢١,٤٢	١٣٨		

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل التحديد قد بلغت (٠,٦٨٤).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	مستوى الدلالة
الانحدار	١٠٩٨١٦,٢٩	٧	١٥٦٨٨,٠٤	٤٠,١٨	٠,٠٠٠
البواقي	٥٠٧٥١,٤٨	١٣٠	٣٩٠,٣٩		
الكلي	١٦٠٥٦٧,٧٧	١٣٧			

يتبين من الجدول السابق من خلال النظر إلى قيمة (f) الخاصة بتحليل الانحدار والبالغة (٤٠,١٨٥)، أنها ذات دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ٠,٠٥، أي أن التباين في الوسواس القهري يعود إلى تباين حقيقي ولا يعود إلى الصدفة.

الجدول (٢١) معامل الانحدار

النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	ت	القيمة الاحتمالية
	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	بيتا		
البعد النفسي	١,٣١٢	٠,٨٤٧	٠,٢٦٥	١,٠٠٤	٠,٤١٠
البعد العضوي	٠,١٩١	٠,٩٣٠	٠,٠٣٣	٠,٢٠٥	٠,٨٣٨
البعد المهني	١,٦١٥	٠,٨٥٧	٠,٢٨٣	١,٨٨٥	٠,٠٦٢
العلاقة مع الاخرين	١,٠٢١	٠,٩٨٢	٠,١٠٣	١,٠٣٩	٠,٣٠١
العلاقة مع المرضى	٠,٢٨٧	١,١٣١	٠,٠١٦	٠,٢٥٤	٠,٨٠٠
المستلزمات الطبية	٠,٠٥٣	١,٨٠	٠,٠٠٢	٠,٠٣٠	٠,٩٧٦
البعد المادي	٤,٣٣	٣,١٩٨	٠,٠٧٥	١,٣٥٦	٠,١٧٨
الدرجة الكلية	٠,٧٠٠	٠,٤٩٤	٠,٤٣٨	٢,٤١٦	٠,٠٣٢

يتبين من خلال الجدول (٢١) وبفحص الدلالة الاحتمالية لقيمة ت لكل بعد من أبعاد الضغوط النفسية والمهنية أن قيمة ت ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية، في حين أن قيمة ت لم تكن دالة لمعظم أبعاد الضغوط النفسية والمهنية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وبالرجوع إلى الجدول السابق يتبين أن الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية كانت صاحبة الأثر الأكبر إذ بلغت قيمة بيتا (٠,٤٣٨) وهي أعلى من قيم بيتا لجميع الأبعاد وهذا يدل على أن الدرجة الكلية للضغوط تسهم إسهاماً نسبياً دالاً إحصائياً في تباين الوسواس القهري لدى الأطباء. وهذا التأثير على الوسواس القهري وبالتالي الإسهام في تباين الوسواس ذو تأثير طردي، أي انه كلما ارتفعت قيمة متغير الضغوط النفسية والمهنية ارتفع الوسواس القهري لدى الأطباء، هذا يتفق حيث إن الضغط الداخلي يدفع الشخص جبراً إلى القيام بأعمال تتعارض أحياناً مع شخصيته، فيندفع للقيام بها دونما إرادة أو اختيار منه. ويسعى من خلال تكرار عمل ما، إلى تسكين توتراته النفسية أو الحد منها (القائمي،١٩٩٦، ص٤٥). وتفسر الباحثة ذلك بأن الوسواس القهري هو تكرار للأفعال والأفكار بصورة قسرية، والضغوط النفسية والمهنية هي ظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان عمله، والتي تسبب له نوعاً من الضيق والتوتر، وردود الفعل النفسية المتمثلة بالشعور غير السار الذي ينتاب الفرد بسبب هذه

العوامل، لذلك أن استمرار الضغوط يؤدي للقلق الناتج عن أسباب عدة، فيظهر الأثر النفسي لذلك الضغط عند الأطباء من خلال الوسواس القهري كوسيلة دفاعية لتفريغ الضغوط ووضعها في اللاشعور، وللتفاهم مع المحيط العملي. لذلك إن الضغوط النفسية والمهنية تسبب الوسواس القهري لصاحبها، لذلك من يعاني من ضغوط نفسية ومهنية يعاني من وسواس قهري.

٢-هل يمكن التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين في مشافي دمشق؟

للإجابة عن هذا التساؤل، قامت الباحثة بتطبيق تحليل الانحدار المتعدد وفقاً للطريقة التدريجية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (٢٢): معامل الارتباط والتحديد بين كل من الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية والمتوسطات والانحراف المعياري لكل متغير

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد العينة	معامل الارتباط	معامل التحديد
الوسواس القهري	٨٠,٩٨	١٩,٤٥	٦٥	٠,٦٧٩	٠,٤٦١
البعد النفسي	٣٤,٩٨	٧,٠٤	٦٥		
البعد العضوي	٢٥,٨٤	٧,٣٩	٦٥		
البعد المهني	٣٣,٩٢	٦,٣١	٦٥		
العلاقة مع الاخرين	١٩,٧٥	٢,٤٩	٦٥		
العلاقة مع المرضى	٨,٦٩	٢,٠٣	٦٥		
المستلزمات الطبية	٧,١٦	١,٢٣	٦٥		
البعد المادي	١١,٩٥	٠,٥٧	٦٥		
الدرجة الكلية	١٤٢,٣٢	٢٠,٣٧	٦٥		

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل التحديد قد بلغت (٠,٤٦١).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة f	مستوى الدلالة
الانحدار	١١١٥٦,٧٢	٧	١٥٩٣,٨١	٦,٩٥٥	٠,٠٠٠
البواقي	١٣٠٦٢,٢٦	٥٧	٢٢٩,١٦		
الكلي	٢٤٢١٨,٩٨	٦٤			

يتبين من الجدول السابق من خلال النظر إلى قيمة (f) الخاصة بتحليل الانحدار والبالغة (٦,٩٥٥)، أنها ذات دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ٠,٠٥، أي أن التباين في الوسواس القهري يعود إلى تباين حقيقي ولا يعود إلى الصدفة.

الجدول (٢٣) يبين معامل الانحدار

النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	ت	القيمة الاحتمالية
	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	بيتا		
البعد النفسي	٠,٣٦٤	٠,٩٧٦	٠,١٣٢	٠,٣٧٣	٠,١٣٣
البعد العضوي	٠,٣٥٨	٠,٨٧٤	٠,١٤٩	٠,٤٩٨	٠,٧٦٥
البعد المهني	٠,٤١٤	٠,٩٨٣	٠,١٣٤	٠,٤٢١	٠,٧١١
العلاقة مع الاخرين	١,٢٦	١,٠٧٢	٠,١٦٣	١,١٨٣	٠,٦٧٥
العلاقة مع المرضى	٣,٢٤	٠,١٨٢٧	٠,٣٣٩	١,٧٧	٠,٢٤٢
المستلزمات الطبية	٠,٨٢٣-	١,٩٩٧	٠,٠٥٢-	١,٤١٢-	٠,٠٤٢
البعد المادي	٠,٢٢٦	٠,٥٤٤	٠,٢٣٦	٠,٤١٥	٠,٦٨٠
الدرجة الكلية	٨,٠٢-	٣,٧٩٩	٠,٢٣٦	٢,١١٣-	٠,٠٣٩

يتبين من خلال الجدول (٢٣) وبفحص الدلالة الاحتمالية لقيمة ت لكل بعد من أبعاد الضغوط النفسية والمهنية أن قيمة ت ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية وفي بعض أبعاد الضغوط النفسية والمهنية (المستلزمات الطبية) في حين أن قيمة ت لم تكن دالة لمعظم أبعاد الضغوط النفسية والمهنية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وبالرجوع إلى الجدول السابق يتبين أن الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية كانت صاحبة الأثر الأكبر إذ بلغت قيمة بيتا (٠,٢٣٦)، وهي أعلى من قيم بيتا لجميع الأبعاد وهذا يدل على أن الدرجة الكلية للضغوط تسهم إسهاماً نسبياً دالاً إحصائياً في تباين الوسواس القهري لدى الممرضين. وهذا التأثير على الوسواس القهري وبالتالي الإسهام في تباين الوسواس ذو تأثير طردي، أي انه كلما ارتفعت قيمة متغير الضغوط النفسية والمهنية ارتفع الوسواس القهري لدى الممرضين، وهذا يؤكد أن الأحداث الضاغطة والمجهدة في الحياة تؤدي لظهور الوسواس القهري ولاحظنا الارتباط الدال بين الضغوط النفسية والمهنية والوسواس القهري، حيث تشير أن الممرضات يعانين من ضغوط كبيرة، حيث يتعاملون كل يوم مع مرضى جدد ومن بيئات مختلفة وأمراض متفاوتة الشدة، ما يشير إلى استهلاكهن طاقة وجهد كبير وقدرة تحمل أكبر، يؤدي كل ذلك إلى ظهور الوسواس القهري للهرب من القلق الناتج عن الضغوط. ويشير الارتباط الدال على بعد المستلزمات الطبية والوسواس القهري إلى أن الممرضات في الغالب هن المسؤولات عن المستلزمات الطبية المعقدة، حيث تحتاج لمتابعة حثيثة ومتابعة المرضى على مدار الساعة مع الحالات الصعبة والمسؤولية المستمرة بالحفاظ على حياة المرضى حتى في حالة عدم توفر

الأجهزة أو عطلها، فتحدث صدامات ما بين الممرضات أنفسهن وما بين الطاقم الطبي، والطواقم الصحية الأخرى، وعوائل المرضى وأقربائهم، فيظهر الوسواس القهري للتخفيف من الضغوط النفسية والمهنية.

مما سبق تشير النتائج إلى فروق بين الأطباء والممرضات في درجة التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية وكانت باتجاه الأطباء قيمة(f) الخاصة بتحليل الانحدار والبالغة (٤٠,١٨٥) لدى الأطباء أكبر من قيمة (f) الخاصة بتحليل الانحدار والبالغة (٦,٩٥٥) لدى الممرضات.

عرض السؤال الثاني وتفسيره:

ما هي درجة الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

لتعرف مستوى أعراض الوسواس القهري لدى العينة من الأطباء والممرضين في مشافي دمشق، أعطيت إجابات الأطباء والممرضين قيماً متدرجة وفقاً لمقياس خماسي، وحددت فئات قيم المتوسط الحسابي لكل درجة باستخدام القانون التالي:

$$\frac{\text{أكبر قيمة في المقياس} - \text{أصغر قيمة في المقياس}}{\text{عدد المستويات}} = \frac{0-4}{3} = 1.33$$

واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي، يمكن التعامل مع متوسطات الدرجات على النحو التالي:

الجدول (٢٤) الدرجات وقيم المتوسطات الموافقة لها.

درجة	فئات قيم المتوسط الحسابي لكل مستوى
عالية	من ٢,٦٧ إلى ٤
متوسطة	من ١,٣٤ إلى ٢,٦٦
منخفضة	من ٠ إلى ١,٣٣

وفي ضوء هذا الجدول يمكن تحديد مستوى أعراض الوسواس القهري التي يعاني منها الأطباء والممرضين في مشافي دمشق في كل بعد من أبعاد المقياس كما يلي:

– درجة الوسواس القهري لدى كل من الأطباء والممرضين كل على حدا التي تتعلق بأبعاد المقياس ككل:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات لدى العينة (الأطباء والممرضين) كل على حدا وفي كل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (٢٥) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لدرجة الوسواس لدى أفراد عينة الأطباء والممرضين كل على حدا على المقياس وأبعاده الفرعية

الأبعاد الفرعية	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
الغسل	أطباء	138	2.27	1.35	متوسطة
	ممرضين	65	2.08	1.43	متوسطة
الفحص	أطباء	138	2.23	1.48	متوسطة
	ممرضين	65	2.03	1.49	متوسطة

الشك والارتياب	أطباء	138	2.38	1.45	متوسطة
	ممرضين	65	2.23	1.49	متوسطة
الترتيب	أطباء	138	2.32	1.46	متوسطة
	ممرضين	65	1.99	1.46	متوسطة
الهواجس	أطباء	138	1.82	1.43	متوسطة
	ممرضين	65	1.61	1.45	متوسطة
التضخيم	أطباء	138	1.94	1.52	متوسطة
	ممرضين	65	1.70	1.54	متوسطة
تحييد	أطباء	138	1.96	1.45	متوسطة
	ممرضين	65	1.82	1.46	متوسطة
الدرجة الكلية	أطباء	138	2.12	1.44	متوسطة
	ممرضين	65	1.90	1.47	متوسطة

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الوسواس القهري بالنسبة للأطباء وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٢,٣٨) لبعد الشك والارتياب كحد أعلى، وبين (١,٨٢) لبعد الهواجس كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدرجات الوسواس القهري لدى الأطباء في مشافي دمشق على الدرجة الكلية لمقياس الوسواس لدى الأطباء (٢,١٢).

كما يتبين من الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الوسواس القهري بالنسبة للمرضيين وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٢,٢٣) لبعد الشك والارتياب كحد أعلى، وبين (١,٦١) لبعد الهواجس كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى أعراض الوسواس القهري لدى الممرضين في مشافي دمشق على الدرجة الكلية لمقياس الوسواس لدى الممرضات (١,٩٠).

نلاحظ أن جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري والدرجة الكلية لدى العينة (أطباء والممرضين) متوسطة هذا يدل على وجود وسواس قهري وينبغي الحذر كي لا يتطور لاضطراب، ولا يوجد فروق بين العاملين في المجال الطبي (أطباء والممرضين) في الوسواس القهري ويعود ذلك لطبيعة الأعمال التي يقوموا بها ضمن المشافي. وتفسر الباحثة ذلك بأن الوسواس القهري بحد ذاته يتمثل في أفكار ونزعات وصور ذهنية متكررة ومتواصلة تقتحم ذهن المريض باستمرار فارضة نفسها عليه بإلحاح دون أي رغبة منه ومحاولته مقاومتها أو السيطرة عليها. بل هو يعتبرها دخيلة، سخيفة، ساذجة، مرعبة. وهذا يسبب آلاماً نفسية شديدة بالإضافة إلى حالة من التوتر والقلق والانزعاج، تؤثر سلباً على حياتهم المهنية والأسرية والاجتماعية. قد تكون هذه الوساوس إما أفكار تدور غالباً حول التلوث والتشكك والفقد، مثلاً أفكار التعرض للجراثيم والأمراض يدفع المصاب كي يبالغ بالاغتسال أو تنظيف الملابس أو الأوعية أو الطعام والشراب، أو الامتناع عن مصافحة الآخرين أو مشاركتهم طعامهم، أما الأفعال القهرية مثل إعادة التدقيق بعمليات حسابية أو التأكد من أحكام الأقفال، وترتيب وتنظيم الأغراض مما يكون سبباً في التأخير وإضاعة الوقت، من هنا ترى الباحثة أن جميع ما ذكر هو سبب مباشر للدرجة المتوسطة للوسواس القهري.

- درجة الوسواس القهري لدى العينة الكلية التي تتعلق بأبعاد المقياس ككل:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الوسواس القهري على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (٢٦) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لدرجات الوسواس لدى أفراد عينة البحث على المقياس وأبعاده الفرعية

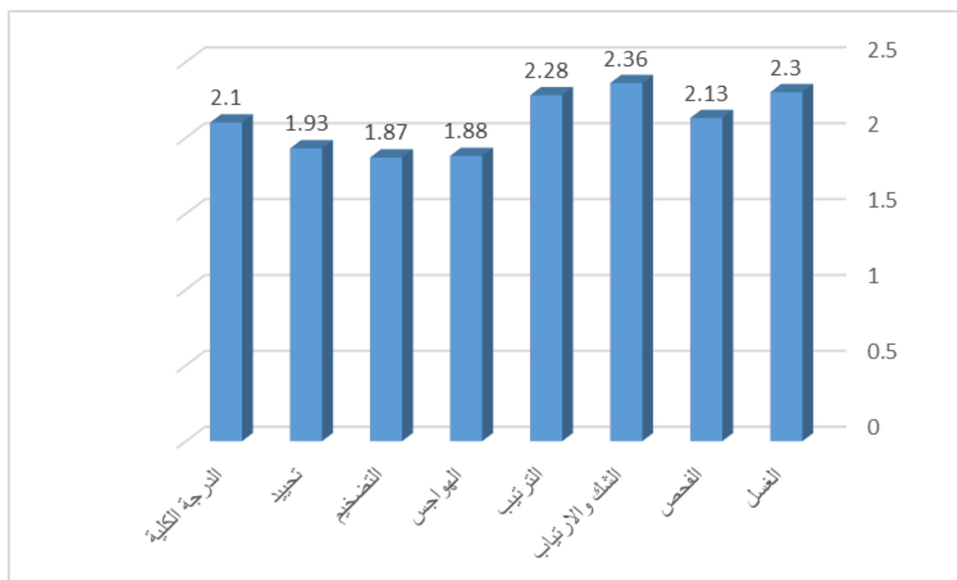
الرتبة	الأبعاد الفرعية	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
2	**الغسل**	203	2.3	1.18	متوسطة
4	**الفحص**	203	2.13	1.55	متوسطة
1	**الشك والارتياب**	203	2.36	1.49	متوسطة
3	**الترتيب**	203	2.28	1.67	متوسطة
6	**الهواجس**	203	1.88	1.83	متوسطة
7	**التضخيم**	203	1.87	1.44	متوسطة
5	**تحييد**	203	1.93	1.18	متوسطة
-	**الدرجة الكلية**	203	2.10	1.47	متوسطة

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الوسواس على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٢,٣٦) لبعد الشك والارتياب كحد أعلى، وبين (١,٨٧) لبعد التضخيم كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى أعراض الوسواس القهري لدى الأطباء والممرضين في مشافي دمشق على الدرجة الكلية لمقياس الوسواس (٢,١٠).

يتضح من الجدول السابق أن البعد الثالث الشك والارتياب حصل على المرتبة الأولى، يلي ذلك البعد الأول الغسل حصل على المرتبة الثانية، يلي ذلك البعد الرابع الترتيب حصل على المرتبة الثالثة، يلي ذلك البعد الثاني الفحص حصل على المرتبة الرابعة، يلي ذلك البعد السابع التحييد حصل على المرتبة الخامسة، يلي ذلك البعد الخامس الهواجس حصل على المرتبة السادسة، يلي ذلك البعد السادس التضخيم حصل على المرتبة السابعة.

تعتقد الباحثة أن هناك اختلاف في ترتيب أبعاد الوسواس القهري حسب الأهمية، حيث احتل بعد الشك والارتياب حصل على المرتبة الأولى بسبب طبيعة عمل العينة فهم يتعاملون مع مرضى ويقع على عاتقهم مسؤوليات كبيرة، لذلك يشعرون أن عملهم غير تام أو غير دقيق حتى يتعافى المريض فيصبح هذا نمط حياة. وجاء البعد الأول الغسل حصل في المرتبة الثانية بسبب التعامل مع المرضى وإجراء العمليات والجراثيم والأمراض الذي قد ينتقل من المرضى فيشعر الفرد أنه مساق إلى مزاولة الفعل القهري، أما بعد الترتيب جاء ثالثاً حيث أن العاملين في المجال الطبي يهتمون بترتيب ووضع كل شيء بمكانه لأن أكثر من شخص يستخدم نفس الغرض كي لا يضيع فيولون اهتمام كبير بالترتيب، وشكل البعد الثاني الفحص المرتبة الرابعة حيث العمل في المشافي يتطلب الفحص للأدوات والمرضى للتأكد من

نجاح العلاج أو العملية أو شفاء المريض، وتعزو الباحثة حصول التحييد على المرتبة الخامسة لأنهم يحاولون إبعاد كل مشاغلهم أثناء العمل كي لا يرتكبوا أخطاء مهنية تؤذي المرضى ، أما البعد الخامس الهواجس حصل على المرتبة السادسة لأنهم بسبب مهنتهم مشغولون ليس لديهم الوقت للهواجس القهرية فكانت بالمراتب الأخيرة، وإن البعد السادس التضخيم حصل على المرتبة السابعة إن طبيعة عمل العينة تعرضهم لمخاطر كبيرة من موت وفشل عمليات لذلك يقل التضخيم لديهم لأن التوتر والإجهاد المترافق مع التضخيم قد يؤدي للاضطراب لذلك يقومون باستخدام استراتيجيات تخفف من تضخيمهم.



شكل (٦) يوضح درجة الوسواس القهري لدى العينة

عرض السؤال الثالث وتفسيره:

ما هي درجة الضغوط النفسية والمهنية لدى أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

لتعرف درجة الضغوط النفسية والمهنية لدى العينة من الأطباء والممرضين في مشافي دمشق، أعطيت إجابات الأطباء والممرضين قيماً متدرجة وفقاً لمقياس رباعي، وحددت فئات قيم المتوسط الحسابي لكل درجة باستخدام القانون التالي:

$$\frac{\text{أكبر قيمة في المقياس} - \text{أصغر قيمة في المقياس}}{\text{عدد المستويات}} = \frac{1-4}{3} = 1$$

واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي، يمكن التعامل مع متوسطات الدرجات على النحو التالي:

الجدول (٢٧) درجة الضغوط وقيم المتوسطات الموافقة لها.

درجة الضغوط	فئات قيم المتوسط الحسابي لكل درجة
عالية	أكبر من ٣ إلى ٤
متوسطة	أكبر من ٢ إلى ٣
منخفضة	من ١ إلى ٢

وفي ضوء هذا الجدول يمكن تحديد درجة الضغوط النفسية والمهنية التي يعاني منها الأطباء والممرضين في مشافي دمشق في كل بعد من أبعاد المقياس كما يلي:

-الضغوط النفسية والمهنية لدى كل من الأطباء والممرضين كل على حدا التي تتعلق بأبعاد المقياس ككل:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغوط على عينة الأطباء والممرضين كل على حدا وفي كل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (٢٨) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لدرجة الضغوط لدى أفراد عينة الأطباء والممرضين كل على حدا على المقياس وأبعاده الفرعية

الأبعاد الفرعية	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الضغوط
البعد النفسي	أطباء	138	3.06	1	عالية
	ممرضين	65	2.69	1.03	متوسطة
البعد العضوي	أطباء	138	2.85	1.07	متوسطة
	ممرضين	65	2.58	1.09	متوسطة
البعد المهني	أطباء	138	3.05	1.03	عالية
	ممرضين	65	2.82	1.09	متوسطة
العلاقة مع الآخرين	أطباء	138	2.94	0.95	متوسطة
	ممرضين	65	2.82	0.91	متوسطة
العلاقة مع المرضى	أطباء	138	3.10	1.06	عالية
	ممرضين	65	2.89	1.16	متوسطة
المستلزمات الطبية	أطباء	138	2.62	0.76	متوسطة
	ممرضين	65	2.38	0.75	متوسطة
البعد المادي	أطباء	138	3.96	0.48	عالية
	ممرضين	65	3.98	0.59	عالية
الدرجة الكلية	أطباء	138	3.01	0.97	عالية
	ممرضين	65	2.79	1.01	متوسطة

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغوط بالنسبة للأطباء على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٣,٩٦) للبعد المادي كحد أعلى، وبين (٢,٦٢) لبعد المستلزمات الطبية كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدرجة الضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء في مشافي دمشق على الدرجة الكلية للمقياس (٣,٠١).

ولقد ظهرت الضغوط لدى الأطباء بدرجة عالية على الأبعاد التالية (البعد النفسي حيث تعكس الدرجة المرتفعة إلى ما يتعرض له الأطباء في العمل، وهو نتيجة لعدد من الأسباب والتي من أهمها تكرار ومشاهدة الحالات المرضية العادية وغير العادية لاسيما تلك التي تكون نتيجة الأزمة على سوريا مما ينتج عنه العديد من الجثث والأشلاء والإصابات التي تتطلب من الأطباء التعامل معها. البعد المهني حيث يتعرض الأطباء لضغوط مهنية تتمثل في ضغط المراجعين من المرضى وكذلك ضغط رؤساء

العمل، حيث هذه الضغوط تؤثر في إنتاجية الأطباء وتدني مستوى أدائه المهني (والآثار الناتجة عن الضغط ليست مقصورة على الفرد، بل يمتد أثرها للمنظمة التي ينتمي لها الفرد، فأداء الفرد قد يتأثر، فيزيد غيابه وتكثر الحوادث الصادرة منه، وكذلك الإصابات، كما تم ملاحظة انخفاض الإنتاجية وعدم جودة الإنتاج لاسيما في حالة التوتر الشديد، بالإضافة إلى كثرة الخلافات مع الزملاء، وعدم القدرة على الانسجام معهم) (الطريري،١٩٩٤، ص٧٨).العلاقة مع المرضى حيث يتعرض الأطباء في المشافي الحكومية إلى انتقادات ومسائلات كبيرة من المرضى ومرافقيهم ، ووجود أمراض قد يصعب التعامل معها كمرضى السرطان الذين يخضعون للعلاج الكيماوي، أو المرضى الذين أجروا عمليات وشكواهم من الألم وعدم مراعاتهم أن هناك مرضى غيرهم، إن الأطباء لديهم انشغالات أخرى. البعد المادي حيث تعزو الباحثة ذلك إلى الظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها البلاد في ظل الأزمة من ارتفاع للأسعار بشكل كبير) والدرجة الكلية.

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغوط بالنسبة للممرضين على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٣,٩٨) للبعد المادي كحد أعلى وهذه النتيجة تتفق مع دراسة(اسماعيل،٢٠١٥)، وبين (٢,٣٨) لبعد المستلزمات الطبية كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدرجة الضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين في مشافي دمشق على الدرجة الكلية للمقياس (٢,٧٩).

ولقد ظهرت الضغوط لدى الممرضين بدرجة عالية على البعد المادي إن الممرضين في ظل الأزمة يعانين من ضغوط مادية كبيرة، بسبب ارتفاع الأسعار بشكل كبير، والوظيفة هي المصدر الوحيد للرزق، وقد تجد الممرضة مضطرة لإعالة أكثر من أسرة في نفس الوقت أو مسؤولة عن أسرتها بشكل كامل إذا كان زوجها متوفي في ظل الأزمة.

كما لاحظنا أن البعد المادي لدى الأطباء والممرضين حصل على درجة مرتفعة ويعود ذلك إلى الأزمة في سوريا، حيث شكلت ضغوط مادية على الأطباء والممرضين بسبب طبيعة عملهم التي تجعلهم بعيدين عن أسرهم ويحتاجون لمصاريف أكبر لتعوض تواجدهم.

- الضغوط النفسية والمهنية التي تتعلق بأبعاد المقياس ككل:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوط على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (٢٩) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمستوى الضغوط لدى أفراد عينة البحث على المقياس وأبعاده الفرعية

الرتبة	الأبعاد الفرعية	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الضغوط
5	**البعد النفسي**	203	2.90	1.02	متوسطة
6	**البعد العضوي**	203	2.77	1.09	متوسطة
3	**البعد المهني**	203	2.98	1.06	متوسطة

4	العلاقة مع الاخرين	203	2.91	0.95	متوسطة
2	العلاقة مع المرضى	203	3.04	1.10	عالية
7	المستلزمات الطبية	203	2.55	0.77	متوسطة
1	البعد المادي	203	3.97	0.52	عالية
-	الدرجة الكلية	203	3.01	0.93	عالية

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوط على الدرجة الكلية وفي كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (٣,٩٧) للبعد المادي كحد أعلى، وبين (٢,٥٥) لبعد المستلزمات الطبية كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي دمشق على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط (٣,٠١). لقد حصل بعد العلاقة مع المرضى والبعد المادي والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية على درجة عالية بينما كانت باقي الأبعاد ضمن الدرجة المتوسطة.

يتضح من الجدول السابق أن البعد السابع: البعد المادي حصل على المرتبة الأولى، يلي ذلك البعد الخامس بعد العلاقة مع المرضى حصل على المرتبة الثانية، لقد بقي البعد الثالث البعد المهني في نفس المرتبة الثالثة، أيضا البعد الرابع العلاقة مع الآخرين حافظ على المرتبة الرابعة، يلي ذلك البعد الأول البعد النفسي حصل على المرتبة الخامسة، أما البعد الثاني البعد العضوي حصل على المرتبة السادسة، يلي ذلك البعد السادس بعد المستلزمات الطبية حصل على المرتبة السابعة.

تعتقد الباحثة أن هناك اختلاف في ترتيب أبعاد الضغوط النفسية والمهنية حسب الأهمية، كما يتضح من الجدول السابق، حيث احتل البعد المادي المرتبة الأولى، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة اسماعيل(٢٠١٥) إذا شكل البعد المادي المرتبة الأولى على مقياس الضغوط النفسية والمهنية. وتعزو الباحثة ذلك إلى الظروف المادية الصعبة بسبب الأزمة حيث ارتفعت الأسعار من المأكل إلى المسكن وتدمرت المنازل وارتفعت نسب الوفيات، مما أدى إلى تغيرات جذرية في الأمور المالية. فيما جاء البعد الخامس بعد العلاقة مع المرضى في المرتبة الثانية حيث يعاني الأطباء والممرضين من ضغوط نفسية ومهنية عالية في التعامل مع المرضى لأن من أصعب المهن التعامل مع الناس حيث من الصعب إرضائهم، والعاملين في المجال الطبي (أطباء وممرضين) لديهم مشاعر وحاجات إنهم بشر وليس آليون ويمرون بظروف وفترات حرجة والمرضى يعانون من آلام لذلك يحدث صدام في العلاقات وتتشكل الضغوط. لقد بقي البعد الثالث البعد المهني في نفس المرتبة الثالثة وتعتقد الباحثة من وجهة نظرها أن ذلك يعود إلى طبيعة الحالات الصعبة وظروف المكان والضوضاء وأصوات التنبيه وموت المرضى وظهور إصابات خطيرة وجديدة في ظل الأزمة، تحتاج الدقة والسرعة في العمل للحفاظ على سلامة وحياة المريض، وعند حدوث الحوادث والتفجيرات تتواجد أعداد كبيرة من الإصابات مما يشكل ضغط كبير في التعامل معها ، أيضا البعد الرابع العلاقة مع الآخرين حافظ على المرتبة الرابعة إن حالات الطوارئ تسبب اصطدامات بين

الزملاء وقد يضطر البعض إلى العمل ضمن اختصاصات أخرى وفي اوقات استراحتهم مما يسبب الضغط والتوتر في العلاقة بين الزملاء. وجاء البعد الأول البعد النفسي في المرتبة الخامسة وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الضغوط التي يواجهونها في حياتهم المهنية من حيث التعامل مع المرضى، وقضاء ساعات طويلة خاصة في المناوبات الليلية مع الحالات الحرجة للمرضى، والصدامات التي تحدث بين الطاقم الطبي والطاقم التمريضي أو في كل طاقم، وعوائل المرضى وأقربائهم وأصدقائهم من الزوار. أما البعد الثاني البعد العضوي حصل على المرتبة السادسة حيث الأعراض العضوية التي تظهر على العاملين في المجال الطبي (أطباء، ممرضين) تأتي نتيجة الضغوط التي يعيشونها سواء في بيئة العمل أو خارجها _من وجهة نظر الباحثة_ فهم يضطرون للوقوف ساعات طويلة في العمليات والفحوصات مما قد يؤدي إلى الإرهاق الجسمي والعضلي والعصبي مما قد ينتج عنه أعراض جسمية مثل آلام أسفل الظهر، وقد تتطور إلى ما يسمى الانزلاق الغضروفي، كما أن السهر في المناوبات الليلية يجعل الأمر يزيد من الضغوط. وحصل البعد السادس بعد المستلزمات الطبية على المرتبة السابعة يعود ذلك للضغط المصاحب دوماً من تدبر لبعض الأجهزة المهمة في الرعاية الطبية، والتعامل مع أجهزة طبية معقدة تحتاج إلى المتابعة الحثيثة ومتابعة المرضى على مدار الساعة، أو عدم توفر المستلزمات الطبية أو تعطل الأجهزة.

عرض السؤال الرابع وتفسيره:

-ماهي نسبة انتشار الوسواس القهري بين أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأطباء والممرضين (كل على حدا) الحاصلين على الدرجة (٢,٥) على كل بند، وبالتالي تقابل هذه الدرجة على كل بعد الدرجات التالية: الغسل (٢٠)، الفحص (٢٣)، الشك والارتياب (٨)، الترتيب (١٣)، الهواجس (٢٠)، التضخيم (٨)، تحييد (١٥). الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري (١٠٥). والجدول التالي يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري بين الأطباء والممرضين (كل على حدا) في مشافي دمشق.

جدول (٣٠) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري بين الأطباء والممرضين

أعراض الوسواس القهري	الأطباء (ن=١٣٨)		الممرضين (ن=٦٥)	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
الغسل	٨٣	%٦٠,١٤	٢٥	%٣٨,٤٦
الفحص	٦٩	%٥٠	١٣	%٢٠
الشك والارتياب	٧٦	%٥٥,٠٧	٢٨	%٤٣,٠٧
الترتيب	٧٣	%٥٢,٨٩	١٨	%٢٧,٦٩

الهواجس	٢٥	١٨,١١%	٢٠	٣٠,٧٦%
التضخيم	٥٥	٣٩,٨٥%	١٣	٢٠%
تحييد	٣٤	٣٤%	١١	١٦,٩٢%
الدرجة الكلية	٦١	٤٤,٢٠%	١٣	٢٠%

يلاحظ مما سبق أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار أعراض الوسواس القهري عند الأطباء تراوحت بين (٨٣) لبعد الغسل كحد أعلى، وبين (٢٥) لبعد الهواجس كحد أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للوسواس القهري لدى الأطباء في مشافي دمشق (٦١)، بنسبة مئوية بلغت (٤٤,٢٠%) من أفراد العينة وهي نسبة خطيرة تشير بالحاجة للاهتمام، وأكد على ذلك (Sartorius et al ,2002) تتعدد نسبة الإصابة بهذا الاضطراب فهي الأقل في تايوان فتتراوح ما بين ٠,٥%إلى ٠,٩% وفي الهند ٠,٦% بينما في أوروبا تتراوح النسبة ما بين ٢,٦% إلى ٣,٢%.

بناءً على نتائج الجدول (٣٠) إن معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الأطباء بالترتيب حيث حصل بعد الغسل (٦٠,١٤%) أعلى نسبة انتشار، يليه بعد الشك والارتياب (٥٥,٠٧%)، ثم بعد الترتيب (٥٢%)، يأتي بعده بعد الفحص (٥٠%)، يليه يعد التضخيم (٣٩,٨٥%)، ثم بعد التحييد (٣٤%)، وأخيراً بعد الهواجس (١٨,١١%).علماً أن الأبعاد التالية(الغسل، الشك والارتياب، الترتيب) حصلت على نسبة فوق المتوسط، وهذا الترتيب قد تشكل بسبب طبيعة المهنة التي يمارسها الأطباء ومن الصعب ملاحظتها كمرض من قبل المصابين بالوسواس القهري، مثلاً الغسل قد يعد محموداً لدى الأطباء في عملهم للحفاظ على سلامة المرضى وأنفسهم كي لا تنتقل الجراثيم والأمراض، حتى لو ظهرت أعراضه بشكل واضح ويسبب المشاكل للمصاب ومن حوله فإنه لا يتم تشخيص المشكلة بشكل صحيح.

كما يلاحظ من الجدول (٣٠) أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار أعراض الوسواس القهري عند الممرضين تراوحت بين (٢٨) لبعد الشك والارتياب كحد أعلى، وبين (١١) لبعد التحييد كحد أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للوسواس القهري لدى الممرضين في مشافي دمشق (١٣)، بنسبة مئوية بلغت (٢٠%) وهي أقل من (٤٤,٢٠%) نسبة انتشار الوسواس القهري لدى الأطباء.

بناءً على نتائج الجدول (٣٠) إن معدلات انتشار الوسواس القهري لدى الممرضين بالترتيب حيث حصل بعد الشك والارتياب على أعلى نسبة بلغت (٤٣,٠٧%)، يليه بعد الغسل (٣٨,٤٦%)، ومن ثم بعد الهواجس (٣٠,٧٦%)، يليه بعد الترتيب (٢٧,٦٩%)، ثم حصل بعدي (الفحص والتضخيم) بالتساوي على نسبة (٢٠%)، وكانت أقل نسبة لبعد التحييد (١٦,٩٢). علماً أن الدرجة الكلية وجميع الأبعاد تحت المتوسط. يعود الاختلاف في ترتيب الأبعاد بين الممرضين حسب طبيعة عملهم والمهمات التي يقمن بها

فتختلف طبيعة ظهور الوسواس القهري، مثلاً ظهر بعد الشك والارتياب بالدرجة الأولى بسبب مسؤولية الممرضات عن متابعة المرضى والأجهزة بعد العمليات لذلك تظهر الوساوس على هذا الشكل.

- ماهي نسبة انتشار الوسواس القهري بين أفراد عينة البحث ككل؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأفراد الحاصلين على الدرجة (٢,٥) على كل بند، وبالتالي تقابل هذه الدرجة على كل بعد الدرجات التالية: الغسل (٢٠)، الفحص (٢٣)، الشك والارتياب (٨)، الترتيب (١٣)، الهواجس (٢٠)، التضخيم (٨)، تحييد (١٥). الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري (١٠٥). والجدول التالي يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري بين الأطباء والممرضين معاً في مشافي دمشق.

جدول (٣١) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الوسواس القهري (ن=٢٠٣)

أعراض الوسواس القهري	التكرارات	النسب المئوية
الغسل	٨٦	%٤٢,٣٦
الفحص	٨١	%٣٩,٩٠
الشك والارتياب	١٠١	%٤٩,٧٥
الترتيب	٨٥	%٤١,٨٧
الهواجس	٥٧	%٢٨,٠٧
التضخيم	٦٢	%٣٠,٥٤
تحييد	٤٦	%٢٢,٦٦
الدرجة الكلية	٧٠	%٣٤,٤٨

يلاحظ مما سبق أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار أعراض الوسواس القهري تراوحت بين (١٠١) لبعد الغسل كحد أعلى، وبين (٤٦) لبعد التحييد كحد أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للوسواس القهري لدى الأطباء والممرضين معاً في مشافي دمشق (٧٠)، بنسبة مئوية بلغت (٣٤,٤٨%) من أفراد العينة.

يتضح من الجدول (٣١) اختلاف ترتيب الأبعاد تبعاً للعينة ككل حيث معدلات انتشار الوسواس القهري، بالترتيب حيث حصل بعد الشك والارتياب على أعلى نسبة بلغت (٤٩,٧٥%)، يليه بعد الغسل (٤٢,٣٦%)، يأتي بعده بعد الترتيب (٤١,٨٧%)، يليه بعد الفحص (٣٩,٩٠%)، ثم بعد التضخيم (٣٠,٥٤%)، يليه بعد الهواجس (٢٨,٠٧%)، وأخيراً بعد التحييد (٢٢,٦٦%). علماً أن الدرجة الكلية وجميع الأبعاد تحت المتوسط.

إن نسب انتشار الوسواس القهري لدى العاملين في المجال الطبي (أطباء، ممرضين)، من الممكن أن يعود لطبيعة المهنة لذلك عند التشخيص لابد من دراسة كل حالة بمفردها لمعرفة الوسواس القهري ناتج عن المهنة أم لا، لأن انتشار الوسواس القهري يؤدي إلى تأثيرات كثيرة في شتى المجالات، وتأكيداً لما سبق قد يؤدي الوسواس القهري بجميع أبعاده إلى فقد الوظيفة وسوء العلاقات الزوجية والبين شخصية، وقد أقر حوالي ٥٠% من المرضى الوسواس القهري المتزوجين معاناتهم من الكرب الزواجي (بارلو،٢٠٠٢، ص٤٧٧).

عرض السؤال الخامس وتفسيره:

-ماهي نسبة انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين أفراد عينة الدراسة (أطباء، ممرضين)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأطباء والممرضين (كل على حدا) الحاصلين على الدرجة (٢,٥) على كل بند، وبالتالي تقابل هذه الدرجة على كل بعد الدرجات التالية: البعد النفسي (٣٢)، البعد العضوي (٢٥)، البعد المهني (٣٠)، العلاقة مع الآخرين (١٨)، العلاقة مع المرضى (٨)، المستلزمات الطبية (٨)، البعد المادي (٨). الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية (١٢٨). والجدول التالي يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين الأطباء والممرضين (كل على حدا) في مشافي دمشق.

جدول (٣٢) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين الأطباء والممرضين كل على حدا

الضغوط النفسية والمهنية	الأطباء (ن=١٣٨)		الممرضين (ن=٦٥)	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
البعد النفسي	١١٢	%٨١,١٥	٤٨	%٧٣,٨٤
البعد العضوي	١١٢	%٨١,١٥	٤١	%٦٣,٠٧
البعد المهني	١١٦	%٨٤,٠٥	٤٦	%٧٠,٧٦
العلاقة مع الاخرين	١١٤	%٨٢,٦	٥٤	%٨٣,٠٧
العلاقة مع المرضى	١٢٤	%٨٩,٨٥	٥٠	%٧٦,٩٢
المستلزمات الطبية	٩٦	%٦٩,٥٦	٤٠	%٦١,٥٣
البعد المادي	١١٦	%٨٤,٠٥	٦٢	%٩٥,٣٨
الدرجة الكلية	١١٨	%٨٥,٥	٤٨	%٧٣,٨٤

يلاحظ مما سبق أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء تراوحت بين (١٢٤) لبعد العلاقة مع المرضى كحد أعلى، وبين (٩٦) لبعد المستلزمات الطبية كحد

أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء في مشافي دمشق (١١٨)، بنسبة مئوية بلغت (٨٥,٥%).

يتبين من الجدول رقم (٣٢) اختلاف ترتيب الأبعاد لدى للأطباء حيث معدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية كانت جميعها مرتفعة فوق المتوسط بالنسبة لدرجة الكلية للمقياس، بالترتيب حيث احتل المرتبة الأولى بعد العلاقة مع المرضى (٨٩,٨٥%)، يليه بالتساوي البعد المهني والبعد المادي (٨٤,٠٥%)، ثم بعدها بعد العلاقة مع الآخرين (٨٢,٦%)، ويأتي بالتساوي البعد النفسي والبعد العضوي (٨١,١٥%)، وأخيراً أتى بعد المستلزمات الطبية (٦٩,٥٦%). علماً أن الدرجة الكلية وجميع الأبعاد فوق المتوسط. إن الأطباء يعانون من ضغوط نفسية ومهنية كبيرة، وأكد على ذلك دراسة الشريف(٢٠٠٣) في دمشق ودراسة موناليزا وآخرون Monalisa et al(٢٠٠٨) أكدت هذه الدراسات على أن الأطباء يعانون من ضغوط نفسية ومهنية كبيرة. كما يلاحظ من الجدول (٣٢) أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين تراوحت بين (٦٢) للبعد المادي كحد أعلى، وبين (٤٠) لبعد المستلزمات الطبية كحد أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين في مشافي دمشق (٤٨)، بنسبة مئوية بلغت (٧٣,٨٤%).

يتبين من الجدول رقم (٣٢) اختلاف ترتيب الأبعاد لدى الممرضين حيث معدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية كانت جميعها مرتفعة فوق المتوسط بالنسبة لدرجة الكلية للمقياس، بالترتيب حيث احتل المرتبة الأولى البعد المادي (٩٥,٣٨%)، يليه بعد العلاقة مع الآخرين (٨٣,٠٧%)، ثم يأتي بعد العلاقة مع المرضى (٧٦,٩٢)، يليه البعد النفسي (٧٣,٨٤)، وظهر على التوالي البعد المهني (٧٠,٧٦%)، يليه البعد العضوي (٦٣,٠٧%)، وأخيراً بعد المستلزمات الطبية (٦١,٥٣%). وأكد على ذلك دراسة أبو الحصين(٢٠١٠) ودراسة اسماعيل(٢٠١٥) ودراسة مريم(٢٠٠٨) حيث أن الممرضات يعانين من ضغوط نفسية ومهنية كبيرة، واختلفت مع هذه الدراسات في ترتيب أبعاد الضغوط، وقد يعود هذا الاختلاف إلى اختلاف في خصائص مجتمع الدراسة.

اعتماداً على الجدول رقم (٣٢) إن الأطباء (٨٥,٥%) يعانون من ضغوط نفسية ومهنية أكثر من الممرضين (٧٣,٨٤%).

- ماهي نسبة انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين أفراد عينة البحث ككل؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب النسب المئوية لتكرارات إجابات الأفراد الحاصلين على الدرجة (٢,٥) على كل بند، وبالتالي تقابل هذه الدرجة على كل بعد الدرجات التالية: البعد النفسي (٣٢)، البعد العضوي (٢٥)، البعد المهني (٣٠)، العلاقة مع الآخرين (١٨)، العلاقة مع المرضى (٨)، المستلزمات الطبية

(٨)، البعد المادي (٨). الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية (١٢٨). والجدول التالي يتضمن التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية بين الأطباء والممرضين معاً في مشافي دمشق.

جدول (٣٣) التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية (ن=٢٠٣)

الضغوط النفسية والمهنية	التكرارات	النسب المئوية
البعد النفسي	١٦٤	%٨٠,٧٨
البعد العضوي	١٥٣	%٧٥,٣٦
البعد المهني	١٦٤	%٨٠,٧٨
العلاقة مع الاخرين	١٦٦	%٨١,٧٧
العلاقة مع المرضى	١٧٠	%٨٣,٧٤
المستلزمات الطبية	١٥٥	%٢٧,٠٩
البعد المادي	١٧٩	%٨٨,١٧
الدرجة الكلية	١٦٥	%٨١,٢٨

يلاحظ مما سبق أن التكرارات التي تشير إلى معدل انتشار الضغوط النفسية والمهنية تراوحت بين (١٧٩) للبعد المادي كحد أعلى، وبين (١٥٣) للبعد العضوي كحد أدنى. وبلغ تكرار الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين معاً في مشافي دمشق (١٦٥)، بنسبة مئوية بلغت (٨١,٢٨%) من أفراد العينة.

يتبين من الجدول رقم (٣٣) اختلاف ترتيب الأبعاد لدى (الأطباء، الممرضين) حيث معدلات انتشار الضغوط النفسية والمهنية كانت جميعها مرتفعة فوق المتوسط بالنسبة لدرجة الكلية للمقياس عدا بعد المستلزمات الطبية كان تحت المتوسط، وإن الترتيب كالتالي حيث احتل المرتبة الأولى البعد المادي (٨٨,١٧%)، يليه بعد العلاقة مع المرضى (٨٣,٧٤%)، ثم يأتي بعد العلاقة مع الآخرين (٨١,٧٧%)، ثم يأتي بالتساوي البعد النفسي والبعد المهني (٨٠,٧٨%)، يليه البعد العضوي (٧٥,٣٦%)، وأخيراً بعد المستلزمات الطبية (٢٧,٠٩%). يعود ذلك إلى أن الأطباء والممرضين على حد سواء يعانون من ضغوط خارجية وداخلية أي في العمل والمنزل.

فرضيات الدراسة:

عرض نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها:

أ-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة (الأطباء والممرضين).

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام معامل ارتباط بيرسون.

والجدول رقم (١٥) يوضح نتائج هذه الدراسة:

معامل ارتباط بيرسون بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة (أطباء وممرضين) الجدول رقم(١٥)

الأطباء والممرضين	**N**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**الارتباط بيرسون**	**مستوى دلالة**	**القرار**
الوسواس القهري	203	171.76	50.449	0.607**	0.00	دالة عند ٠,٠١
الضغوط النفسية والمهنية	203	150.23	21.738			

يوضح الجدول(١٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية ر= ٠,٦٠٧ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١.

وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الدراسة (الأطباء والممرضين) عند مستوى دلالة٠,٠١. أي كلما ارتفع الوسواس القهري ازدادت الضغوط النفسية والمهنية.

ويعود ذلك إلى أن الأطباء والممرضين هم من المجتمع السوري الذي يمر بأزمة ويتعرضوا لضغوط نفسية ومهنية كبيرة في مجال عملهم ضمن المشافي، لذلك كثرة الضغوط تسبب وساوس قهرية وأكد على ذلك (Sadock et al,2015) حيث أن حوالي ٧٠% تبدأ الأعراض بعد عوامل شدة نفسية (حمل، مشكلة جنسية، وفاة أحد الأقارب). والعديد من المرضى يحتفظون بوساوسهم بشكل سري وهذا يؤخر العلاج من خمسة إلى عشر سنوات. مما يجعل الوساوس القهرية تشتد وتحتاج وقت للعلاج، إن كثرة الضغوط والوساوس التي يتعرض لها الأطباء والممرضين، تجعلهم غير قادرين على تقييم ذواتهم وإدارتها، سواء في عملية التخطيط أو التنظيم أو التقييم أو المراقبة، فمن الطبيعي أن ينعكس ذلك على مستويات التفكير العليا لديهم، منها التفكير ما وراء المعرفي، مما يؤثر على عملهم وإنجازاتهم فيقعون ضمن حلقة مفرغة، عند محاولتهم التخفيف من ضغوطهم بالهروب لوساوسهم القهرية ولا يجدون نتيجة سوى المزيد من الإرهاق الجسدي والنفسي.

ب-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام معامل ارتباط بيرسون.

والجدول رقم (٣٤) يوضح نتائج هذه الدراسة:

معامل ارتباط بيرسون بين الوسواس القهري وأبعاد الضغوط النفسية والمهنية الأطباء الجدول رقم(٣٤)

	الوسواس القهري وأبعاد الضغوط النفسية والمهنية	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط بيرسون	مستوى دلالة	القرار
الأطباء	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.749**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد النفسي	138	39.0507	7.1524			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.718**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد العضوي	138	28.5725	5.90668			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.778**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد المهني	138	36.6087	6.00661			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.636**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	العلاقة مع الاخرين	138	20.6304	3.45794			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.377**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	العلاقة مع المرضى	138	9.3261	1.89953			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.244**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	المستلزمات الطبية	138	7.8623	1.25094			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	0.117	0.172	غير دالة
	البعد المادي	138	11.8986	0.59548			
	الوسواس القهري	138	91.9058	34.23489	.820**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية	138	153.9493	21.42933			

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وكل بعد من أبعاد الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية ر= ٠,٨٢٠ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١.

وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١. أي كلما ارتفع الوسواس القهري ازدادت الضغوط النفسية والمهنية.

وأكد على ذلك ديربي وآخرون(٢٠٠٦) حيث وجد علاقة بين القلق والمعاناة النفسية، ودراسة للوكمان وآخرون على عينة كبيرة باستخدام مقياس يل براون إن أهم الأنواع الوسواسية القهرية انتشاراً: هي(طقوس المراجعة، التماثل والترتيب، النظافة والاغتسال، وساوس الأفكار فقط) حيث أن هذه الوساوس حيث تستنفذ الكثير من الجهد والوقت فإن الأطباء لديهم التزامات وواجبات في المشافي وللعائلة فهم يعانون من ضغوط نفسية ومهنية، وأكد على ذلك دراسة(الشريف،٢٠٠٣) ودراسة ستورات وآخرون(١٩٧٧)لذلك ارتبط الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية.

وقد ذهبت الباحثة في ذلك إلى أن هذه النتيجة تعود إلى أن الأطباء الذين يعانون من الوسواس القهري هم دائماً منشغلون بأفكار أو أفعال قهرية مما تجعلهم يعانون من ضغوط نفسية ومهنية، لأن العمل ضمن المستشفيات يعرضهم للضغوط لأنهم مدركون أن أفعالهم وأفكارهم القهرية غير منطقية، لذلك إن عمل الأطباء يشكل ضغوط نفسية ومهنية، وتأتي الوساوس القهرية لتزيد مشاكلهم فيختل التوازن النفسي للفرد، حيث أن الظروف التي تمر بها البلاد أي ضمن الكوارث والأزمات، تزيد من فرص ظهور الاضطرابات النفسية على السطح إما لأنها تكون موروثة أو كنوع من الانشغال والبعد عن الواقع، والوسواس القهري هو من الاضطرابات المعقدة فمن الصعب الكشف عنه في بداية المرض إذا لم يطلب الشخص نفسه المساعدة لأنه أحياناً المجتمع يشجع عليه في درجاته الأولى والبسيطة مثل (وساوس النظافة والترتيب).

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد النفسي لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والبعد النفسي ر= ٠,٧٤٩ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية. ويعود ذلك إلى أن الوسواس القهري يسبب ضغط نفسي فيؤثر على نفسية الأطباء المصابين بالوسواس القهري فيشعرون بالتوتر مما يؤثر على علاقتهم بعملهم ويسبب لهم اضطرابات.

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد العضوي لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والبعد العضوي ر= ٠,٧١٨ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية. ويعود ذلك إلى أن الوسواس القهري يسبب مشاكل جسدية حيث له آثار عضوية وقد يسبب أمراض خطيرة كلما طال فترة بقائه دون علاج، مثل الغسل فكثرته تؤذي الجلد وتسبب حساسية، وأكد على ذلك من خلال زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم، ومشاكل النظام العصبي أو المناعة . (Sawyer, 2005, p13)

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد المهني لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والبعد المهني ر= ٠,٧٧٨ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية. ويعود ذلك إلى أن الوسواس القهري على علاقة بالضغوط المهنية، ويعود ذلك إلى ضغط العمل وطبيعة الحالات الصعبة للمرضى.

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والعلاقة مع الآخرين لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع الآخرين ر= ٠,٦٣٦ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية. ويعود ذلك إلى أن الوسواس القهري يؤثر على المصاب فتختل علاقاته بالزملاء والعائلة والمحيطين بشكل عام.

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع المرضى لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع المرضى الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية ر= ٠٣٧٧. وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وهو ناتج عن قوة الارتباط بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية ويعود ذلك إلى أن الأطباء المصابين بالوسواس القهري على تماس مباشر بالمرضى فيلاحظ المرضى وساوسهم فتتأثر حالتهم النفسية، وقد يعتقدون بأن هذا سوء معاملة ولا يدركون أنه اضطراب.

يوضح الجدول(٣٤) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وبعد المستلزمات الطبية لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري وبعد المستلزمات الطبية ر= ٠٢٤٤. وهذا الارتباط دال إحصائيا عند٠,٠١. حيث أن الوسواس القهري ليس له علاقة ببعد المستلزمات الطبية لأن الأطباء يحتاجون في عملهم إلى مستلزمات طبية وقد يتشكل لديهم وسواس قهري جراء عطل أحد الأجهزة خصوصاً أثناء العمليات مما يشكل لديهم خبرة سيئة، وقد يشكك الأطباء في جاهزية المستلزمات الطبية.

يوضح الجدول(٣٤) عدم وجود علاقة بين الوسواس القهري والبعد المادي لدى عينة الأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط بين الوسواس القهري والدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية ر=٠,١١٧ وهذا الارتباط غير دال إحصائيا، حيث لم يكن هناك أي ارتباط دال، حيث الوسواس القهري ليس له علاقة بالبعد المادي فهو لا يرتبط بالأمور المالية، حيث الوسواس ليس له علاقة بالظروف المادية.

عرض نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها:

-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام معامل ارتباط بيرسون.

والجدول رقم (٣٥) يوضح نتائج هذه الدراسة:

معامل ارتباط بيرسون بين الوسواس القهري وأبعاد الضغوط النفسية والمهنية الممرضين الجدول رقم(٣٥)

	الوسواس القهري وأبعاد الضغوط النفسية والمهنية	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط بيرسون	مستوى دلالة	القرار
الممرضين	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.452**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد النفسي	65	34.9846	7.04559			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.481**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد العضوي	65	25.8462	7.39347			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.551**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	البعد المهني	65	33.9231	6.31295			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.430**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	العلاقة مع الاخرين	65	19.7538	2.49393			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.312*	0.10	دالة عند ٠,٠٥
	العلاقة مع المرضى	65	8.6923	2.03042			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.184	0.142	غير دالة
	المستلزمات الطبية	65	7.1692	1.23199			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.089	0.482	غير دالة
	البعد المادي	65	11.9538	0.57093			
	الوسواس القهري	65	80.9846	19.45306	0.594**	0.00	دالة عند ٠,٠١
	الدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية	65	142.3231	20.37623			

يوضح الجدول(٣٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وأبعاد الضغوط النفسية والمهنية عدا (المستلزمات الطبية، البعد المادي) لدى عينة الممرضين حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٥٩٤ بين الوسواس القهري والدرجة الكلية للضغوط النفسية والمهنية وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية لدى الممرضين عند مستوى دلالة ٠,٠١. أي كلما ارتفع الوسواس القهري ازدادت الضغوط النفسية والمهنية، وأكد على ذلك دراسة (مريم، ٢٠٠٨) حيث أن الممرضات لديهن الكثير من الالتزامات داخل وخارج المنزل، وهذه النتيجة تعود إلى العلاقة بين المتغيرات النفسية علاقة دياليتيكية (دائرية)، أي أنه تكون نتيجة وسببا لبعضها البعض في الوقت ذاته، لذا فإن تأثيرها فيما بينها متبادل، كما أن القلق (متمثلاً بالوسواس القهري) يعد من أهم الاستجابات التي

تفرزها الضغوط، باعتباره القاسم المشترك بين جميع الانفعالات ومختلف الاضطرابات النفسية، مما يبرر تلك العلاقة الارتباطية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية.

يوضح الجدول(٣٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد النفسي لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٤٥٢ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١. وأكد على ذلك (هيجان، ١٩٩٨، ص٢٤٦) حيث أن على الرغم من أن الموظفين والعمال في معظم بلدان العالم يتمتعون بقضاء مزيد من الوقت في الترفيه عن أنفسهم، فإن الضغوط النفسية التي ترافق الأعمال التي يقومون بها قد تزايدت هي الأخرى أيضاً حيث أدت إلى وقوع الأفراد تحت الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية. على المستوى العالمي إن العمال لديهم وقت للترفيه أما في سوريا في ظل الأزمة تتزايد الضغوط وتنعكس سلباً على العمال. ويشير الوسواس القهري لدى الممرضين بتعلقه بالضغوط النفسية نظراً لكون الجسم نظام متكامل فإن أي خلل جسمي من شأنه التأثير على الجانب العقلي أو النفسي فالفرد الواقع تحت ضغوط نفسية يوصف بأنه سريع التحول في انفعالاته ومزاجه، وأهم هذه العواقب النفسية الاكتئاب، الإحباط، الاحتراق النفسي، انهيار عصبي، اضطرابات في الأكل والنوم.

يوضح الجدول(٣٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد العضوي لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٤٨١ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند ٠,٠١.وبالنسبة لعلاقة الوسواس القهري بالبعد العضوي لدى الممرضين. إذ تسمى الضغوط بالقاتل الصامت وتكون وراء مشكلات الصداع، اضطرابات الجهاز الدوري، اضطرابات جلدية، الغسل.

كما أشار الجدول(٣٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والبعد المهني لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٥٥١ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند٠,٠١. كما أن علاقة الوسواس القهري بالضغوط المهنية علاقة لا يمكن التقليل من شأنها من خلال انخفاض الأداء، الغياب والتسرب الوظيفي، ارتفاع معدل الشكاوى من قبل المحيطين، ارتكاب حوادث العمل.

بناءً على الجدول(٣٥) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع الآخرين لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٤٣٠ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند٠,٠١. فيما يتعلق بالعلاقة بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع الآخرين، إن نظام عمل الممرضات يساهم في توتر العلاقات فيما بينهم وبين الإدارة حيث يوجد مشرفة على كل مجموعة من الممرضات وتبعاً لطبيعة العلاقة بينها وبين كل ممرضة توزع الأعمال، وقد يحدث صدامات بينهن مما يزيد من الوسواس القهري لديهن لأن نتيجة سوء العلاقة والتوتر فيسعين للخفض التوتر بممارسة طقوسهن القهرية.

تبعاً للجدول(٣٥) توجد علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري وبعد العلاقة مع المرضى لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٣١٢ وهذا الارتباط دال إحصائيا عند٠,٠٥.إن من الطبيعي أن تنعكس الوسواس القهرية لدى الممرضات على المرضى حيث يفرغن توترهن بالمرضى لأنهم الحلقة الأضعف، لأن الممرضات يتعرضن لضغوط من الإدارة والأطباء والمرضى ومرافقيهم، لذلك عليهن الالتزام بعملهن ولا يستطعن التراخي والتقصير إلا مع المرضى ومرافقيهم.

بناءً على نتائج الجدول(٣٥) لا توجد علاقة بين الوسواس القهري وبعد المستلزمات الطبية لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,١٨٤ وهذا الارتباط غير دال إحصائيا٠,١٤٢. ويعود السبب في ذلك أن الوسواس القهري لدى الممرضات لا يتعلق بالمستلزمات الطبية لأن عملهن يتعلق بمساعدة الأطباء ومتابعة المرضى تبعاً لإرشادات الأطباء فهن غير مسؤولات عن المستلزمات الطبية.

يوضح الجدول(٣٥) لا توجد علاقة بين الوسواس القهري والبعد المادي لدى عينة الممرضين، حيث بلغ معامل الارتباط ر= ٠,٠٨٩ وهذا الارتباط غير دال إحصائيا٠,٤٨٢.وفيما يتعلق بالعلاقة بين الوسواس القهري والبعد المادي لدى الممرضين، إن الوسواس القهري هو أفكار وأفعال قهرية لا تتأثر بالعوامل المادية ولم توجد أي دراسة تشير إلى وجود علاقة بين الوسواس القهري والظروف الاقتصادية لدى الممرضات.

عرض نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (الجنس، عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى عينة الأطباء.

وتفرعت عن هذه الفرضية عدة فرضيات هي:

١-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير الجنس للأطباء الجدول(٣٦)

المقياس	الجنس	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
الغسل	ذكر	94	19.5000	5.56052	2.803	0.007	دالة
	أنثى	44	16.1136	7.05202			عند٠,٠٥
الفحص	ذكر	94	24.0213	8.65961	6.890	0.000	دالة
	أنثى	44	14.8182	6.58848			عند ٠,٠١
الشك والارتياب	ذكر	94	8.3191	2.96653	5.127	0.00	دالة
	أنثى	44	5.3636	3.53120			عند ٠,٠١
الترتيب	ذكر	94	13.6383	5.33975	4.868	0.00	دالة
	أنثى	44	9.9318	3.48684			عند ٠,٠١
الهواجس	ذكر	94	17.2128	6.67828	8.219	0.00	دالة
	أنثى	44	9.7500	3.92443			عند ٠,٠١
التضخيم	ذكر	94	6.7021	3.48524	5.358	0.00	دالة
	أنثى	44	3.9091	2.50412			عند ٠,٠١
التحييد	ذكر	94	13.2447	5.51184	5.877	0.00	دالة
	أنثى	44	9.0909	2.78550			عند ٠,٠١
الدرجة الكلية	ذكر	94	102.4681	33.59426	5.997	0.00	دالة
	أنثى	44	77.1485	22.70589			عند ٠,٠١

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يوضح الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٢,٨٠٣) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٧) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد الغسل) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، تفسر الباحثة ذلك لأن الأطباء المصابين بالوسواس القهري لديهم طقوسهم وأفعالهم الخاصة ومحتوى الوساوس لديهم هي توقعات مبالغ فيها للنتائج السلبية للعديد من تصرفات على عكس الأسوياء، حيث أن الظروف الراهنة في العمل لأصحاب الدرجة المرتفعة

تزيد من وساوسهم حيث يرتفع التوتر لأنهم ملزمون بإنجاز أعمالهم ولكن في أعماقهم يشعرون بالقلق لأنهم لم ينفذوا وساوسهم وأفكارهم مما يعكس ذلك على عملهم.

يوضح الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٦,٢٤٩) عند مستوى دلالة (٠,٠٣٣) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد الفحص) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، وقد يعود ذلك إلى أن الذكور طبيعة تفكيرهم صندوقي أي إذا انغمسوا في أمر ما ينشغلون به دون سواه، فإذا اتخذوا أسلوب الفحص كعادة فسوف يستمرون به لما يحقق لهم من راحة وتخفيض للتوتر.

يشير الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٥,١٢٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد الشك والارتياب) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، حيث إن الأطباء في العمليات يبقى لديهم الشك والارتياب في نجاحها، أو التشخيص والعلاج المناسب للمرضى فتظهر على شكل وساوس.

وبناءً على نتائج الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٤,٢٠٠) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد الترتيب) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، إن الأطباء يهتمون بالترتيب أكثر من الطبيبات لسهولة استخدام الأدوات، أما الطبيبات يعتمدن على ذاكرتهن وعددهن قليل والإناث بطبيعة تكوينهن منظمات ومرتبات عكس الذكور لذلك الذكور، بسبب عملهم كأطباء يحتاجون للترتيب اختصاراً للوقت وحفاظاً على عدم حدوث صدامات بين الزملاء لأن غرف العمليات والفحص تستخدم من قبل أكثر من طبيب.

وأشار الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٤,٧٦٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد الهواجس) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، يرجح السبب في ذلك للأزمة التي تمر بها البلاد فيعاني الأطباء من ضغوط في العمل وينبغي أن يكونوا على أهبة الاستعداد للحالات الطارئة، ولديهم عائلات يقلقون عليها فتزداد الضغوط وتؤدي لأفكار وسواسية سيئة، قد تظهر عند رؤية أي حالة تشابه(شكلاً، سناً، مكان) أحد أفراد أسرة الطبيب.

يؤكد الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٤,٧٦٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد التضخيم) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، إن الأطباء بسبب طبيعة عملهم في المشافي لا يستطيعون أخذ قرارات إلا حسب الترتيب الوظيفي وسنوات الخبرة، مثلاً لا يستطيعون رمي تقارير لمرضى تخرجوا من المشفى وبياناتهم موجودة إلكترونياً خوفاً من احتياجها في وقت لاحق، أو الأزمة التي تمر بها البلاد وارتفاع الأسعار أصبح الفرد لا يستطيع رمي شيء قد يكون له فائدة أو قد يفقد فيظهر التضخيم.

يشير الجدول(٣٦) أن قيمة (ت المحسوبة=٤,٧١٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (بعد التحييد) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، حيث أن الأطباء يعانون من أفكار سيئة بسبب الظروف التي يمرون بها وبسبب كثرة تكرارها تخرج عن السيطرة وتزداد، لأن الأطباء لا يجدون وقت للراحة والترفيه حتى إذا حصلوا على إجازة على الرغم من صعوبة الحصول عليها بسبب نوع عملهم لا تخلو إجازتهم من المشاكل والهموم هذا إذ لم تقطع الإجازة بسبب حالة طارئة لأن وضع البلاد غير مستقر.

يوضح الجدول(٣٦)أن قيمة (ت المحسوبة=٥,٩٩٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري الدرجة الكلية تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الذكور، وهذا يخالف دراسة (جودة، ٢٠٠٤) و(بارلو، ٢٠٠٢) ويعود ذلك إلى أن عدد الذكور أعلى من الإناث، و هذا يؤكد على دراسة قامت بها الباحثة في مدرسة المتفوقين حيث أعداد الذكور أعلى من الإناث ويعانون من كمالية عصابية وعندما تبقى دون علاج تتحول للوسواس قهري وفي ظل الظروف الراهنة، حيث إن الذكور يتعرضون لضغوط كثيرة فمعظم أصدقائهم وأقاربهم إما قد سافروا أو ماتوا، فلا يجدوا من كان يشاركهم نشاطاتهم نتيجة الأزمة في سوريا. وبسبب عملهم في ظل الأزمة فهم يتعاملون مع الضحايا فيها ويستاؤون عندما لا يستطيعون إنقاذ مريض أو يشاهدون المرضى يفقدون أعضائهم جراء التفجيرات، فكل تلك التراكمات إن بقيت دون علاج قد تسبب الوسواس القهري لأنهم لا يدركون ماذا سيحصل معهم وكثرة التفكير في ذلك قد يكون مجال لظهور أفكار وسواسية. وأيضاً الوسواس القهري يحدث بسبب نقص السيرتونين وينقص بسبب سوء التغذية نظراً للغلاء المعيشي في هذه الأزمة، ونقص فيتامين D وبسبب الإرهاق والتعب، وأغلب الأطباء مقيمين في المشفى فهم لا يخرجون للحصول على فيتامين Dصباحاً من الشمس وهذا وقت العمليات، ولأن لديهم مهام كثيرة لا يحصلون على

قسط كافي من الراحة بسبب طبيعة عملهم، فقد يأتي إسعاف منتصف الليل وعليهم فوراً الاستيقاظ ورؤية المريض وربما إجراء عملية إن اضطر الأمر.

٢-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل لدى الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحاديANOVA لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ف) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير عدد سنوات العمل لدى الأطباء الجدول(٣٧)

المقياس	عدد سنوات العمل	ن	م	ع	F(ف)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
الغسل	أقل من ٣سنوات	83	22.4458	2.23745	88.885	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	11.5758	5.04375			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	11.3846	2.81480			
	من ٩سنوات فأكثر	9	16.5556	7.68295			
	المجموع	138	18.4203	6.25354			
الفحص	أقل من ٣سنوات	83	26.9157	5.16840	85.460	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	10.2727	5.02663			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	13.9231	6.53786			
	من ٩سنوات فأكثر	9	17.3333	7.01783			
	المجموع	138	21.0870	9.11362			
الشك والارتياب	أقل من ٣سنوات	83	8.6867	2.67749	16.315	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	5.1818	3.30203			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	4.2308	2.86222			
	من ٩سنوات فأكثر	9	7.8889	4.31406			
	المجموع	138	7.3768	3.43491			
الترتيب	أقل من ٣سنوات	83	15.4940	3.35091	57.610	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	7.3636	3.39870			

	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	7.0769	1.93484			
	من ٩سنوات فأكثر	9	10.8889	5.37225			
	المجموع	138	12.4565	5.11634			
الهواجس	أقل من ٣سنوات	83	18.1446	5.55929	24.386	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	9.6364	5.30223			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	9.9231	5.25137			
	من ٩سنوات فأكثر	9	10.4444	7.29916			
	المجموع	138	14.8333	6.8700			
التضخيم	أقل من ٣سنوات	83	7.5060	2.83434	27.093	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	3.2727	2.82038			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	2.4615	1.85362			
	من ٩سنوات فأكثر	9	4.3333	2.78388			
	المجموع	138	5.8116	3.45260			
التحييد	أقل من ٣سنوات	83	14.0361	5.10964	15.743	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	8.2121	2.97655			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	9.1538	2.40992			
	من ٩سنوات فأكثر	9	10.0000	5.29150			
	المجموع	138	11.9203	5.18006			
الدرجة الكلية	أقل من ٣سنوات	83	113.1084	21.22011	70.025	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	55.3333	21.16552			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	58.1538	16.31383			
	من ٩سنوات فأكثر	9	77.4444	31.91438			
	المجموع	138	91.7899	34.25355			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، F= ف المحسوبة

تبين من الجدول (٣٧) وجود فروق دالة بين الأطباء على في جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري وفق عدد متغير سنوات العمل لصالح الأطباء الذين يعملون أقل من ٣سنوات، لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير عدد سنوات العمل عند مستوى دلالة ٠,٠١.وأكد على ذلك سعفان(٢٠٠٣،ص٦٥) إلى أن بداية ظهور أعراض الوساوس

والأفعال القهرية تكون في مرحلة الطفولة المتأخرة، وتزداد أثناء المراهقة والشباب، وإن أعلى نسبة لها تنحصر ما بين ٢٠-٣٠عام، مع وجود آراء مختلفة في تحديد هذه البداية. وكما أن عكاشة (٢٠٠٣، ص١٦٩) في بحث له عن الوسواس القهري في مصر، يتفق مع سعفان، إذ وجد أن معظم المرضى بين سن ٢٠إلى ٣٠عام. ربما يعود إلى أن الوسواس القهري يتكون ويتطور من خلال عدة عوامل أهمها: التنشئة الاجتماعية التي تلعب دوراً هاماً، إلى جانب دور الوراثة في ظهور الوسواس القهري، حيث أن الأفكار الوسواسية عملية عقلية مقتحمة، إلى جانب أنها بناء معرفي يتكون من مخطوطات، فيعمل هذا البناء على أخذ حيز من تفكير المصاب، يصعب التخلص منه مالم يخضع للعلاج النفسي، بغض النظر كونه طبيباً.

يوضح الجدول(٣٧) أن قيمة (ف المحسوبة =٧٠,٠٢٥) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الوسواس القهري الدرجة الكلية وفق متغير عدد سنوات العمل، حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الأطباء الذين يعملون أقل من ٣سنوات، لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق على مقياس الوسواس القهري الدرجة الكلية تبعا لمتغير عدد سنوات العمل عند مستوى دلالة ٠,٠١. وأكد على ذلك (سالم، ٢٠٠٦) حيث بينت الدراسات أن حوالي (٦٥%) من المرضى يبدأ المرض عندهم قبل سن (٢٥) سنة و(١٥%) يبدأ المرض عندهم بعد سن (٣٥) سنة ودائماً ما تكون الأعراض الوسواسية سرية لا يعلمها أحد من الناس إلا المريض لأنهم حديثو العهد بالمهنة فهم لم يعتادوا على قساوتها والأطباء المقيمين ينفصلون عن أهلهم وتزداد مسؤولياتهم ويكونون خلال فترة تدريب فعندما يفشلون في المهام الموكلة لهم يشعرون بالإحراج وقد يبدؤون بالأفكار أو الأفعال القهرية من أجل التخفيف من توترهم بسبب مهنتهم ومهامهم الجديدة.

٣-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الأطباء

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية للأطباء الجدول(٣٨)

المقياس	الحالة الاجتماعية	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة

الغسل	أعزب	117	18.9573	6.17614	2.423	0.17	غير دالة
	متزوج	21	15.4286	5.96298			
الفحص	أعزب	117	21.9658	9.33101	2.737	0.001	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	21	16.1905	5.85337			
الشك والارتياب	أعزب	117	7.3248	3.49342	0.419	0.656	غير دالة
	متزوج	21	7.6667	3.15172			
الترتيب	أعزب	117	12.7436	5.18811	1.564	0.120	غير دالة
	متزوج	21	10.8571	4.47533			
الهواجس	أعزب	117	15.2991	6.80931	1.896	0.60	غير دالة
	متزوج	21	12.2381	6.83304			
التضخيم	أعزب	117	5.7692	3.66104	0.339	0.612	غير دالة
	متزوج	21	6.0476	1.96153			
التحييد	أعزب	117	12.1197	5.51043	1.762	0.083	غير دالة
	متزوج	21	10.8095	2.48232			
الدرجة الكلية	أعزب	117	94.0427	35.74030	1.840	.012	دالة عند ٠,٠٥
	متزوج	21	79.2381	20.81563			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يوضح الجدول(٣٨) أن جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري غير دالة إحصائياً عدا (بعد الفحص والدرجة الكلية) لدى الأطباء.

يوضح الجدول(٣٨) أن قيمة (ت المحسوبة=٢,٧٣٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري الدرجة الكلية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي أعزب، لأن الأطباء غير المتزوجون لديهم الوقت الكافي لطقوس التفحص والتأكد كي يشغلوا وقتهم ولا يشعروا بالفراغ ويعززوا مبادئهم في بقائهم دون زواج، أو قد يخافوا من الارتباط وأن يكشف الطرف الآخر طقوسهم القهرية.

يوضح الجدول(٣٨) أن قيمة (ت المحسوبة=١,٨٤٠) عند مستوى دلالة (٠,٠١٢) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري (الدرجة الكلية) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الأطباء عند مستوى دلالة٠,٠١لصالح المتوسط الأكبر أي الأعزب، حتى أظهرت النتائج أن وساوس الأطباء تكون

مجهدة أكثر لأنها تزيد من واجباتهم وأكد ذلك دراسة ديربي وآخرون Dyrbye et al (٢٠٠٦) حيث الأطباء لديهم مستويات قلق مرتفعة. ولاحظت الباحثة أن الوساوس القهرية مجهدة بقدر كبير، ويعود السبب في ذلك إلى أن الأطباء الذين لديهم وسواس قهري تبقى أفكارهم وأفعالهم تدور في حلقة مفرغة وبسبب تلك الأفعال والأفكار نجدهم يفضلون البقاء دون زواج، ولو ارتبطوا بزواج فإنهم لا يستمرون فيه لأن ليس لديهم الوقت للقيام بأدوارهم في العمل وخارجه، والأطباء لديهم نظام مناوبات لذلك يفضلوا البقاء مستقلين، إن الأطباء يشعرون بغرابة أفكارهم وسلوكهم مما يدفهم إلى الانعزال عن الآخرين، حيث تقل فرص الزواج لديهم وهم دائما داخل المشفى وبين المرضى ويتعاملون مع أشخاص لديهم أمراض كثيرة، لقد اعتاد الأطباء أن يكونوا القدوة في المجتمع ولا أحد يستنكر وساوسهم القهرية.

عرض نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الممرضين.

وتفرعت عن هذه الفرضية عدة فرضيات هي:

١-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين الجدول(٣٩)

المقياس	الحالة الاجتماعية	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
الغسل	أعزب	24	20.7083	6.97498	2.442	0.021	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	41	17.0244	3.19756			
الفحص	أعزب	24	18.5417	9.10317	2.774	0.007	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	41	13.0976	6.64757			
الشك والارتياب	أعزب	24	4.5417	2.90396	4.751	0.000	دالة عند٠,٠١
	متزوج	41	7.6098	1.64131			
الترتيب	أعزب	24	12.2500	5.43139	4.028	0.000	دالة

	متزوج	41	7.4390	2.84648			عند ۰,۰۱
الهواجس	أعزب	24	16.0417	5.08604	0.625	0.536	غير دالة
	متزوج	41	15.3171	3.29726			
التضخيم	أعزب	24	3.9583	1.96666	4.644	0.000	دالة عند ۰,۰۱
	متزوج	41	5.9756	1.50811			
التحييد	أعزب	24	7.1667	3.33188	8.163	0.000	دالة عند ۰,۰۱
	متزوج	41	13.2195	2.59338			
الدرجة الكلية	أعزب	24	83.2083	25.06336	0.702	.485	غير دالة
	متزوج	41	79.6829	15.47811			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يشير الجدول (۳۹) إلى أن جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري دالة إحصائياً عدا (الهواجس، الدرجة الكلية).

إن الأبعاد التالية (الغسل، الفحص، الترتيب) على مقياس الوسواس القهري دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين وكانت لصالح المتوسط الأكبر العازبات، إن هذه الطقوس القهرية تحتاج لممارستها الكثير من الوقت والجهد والحركة لذلك ظهرت لدى الممرضات العازبات.

إن الأبعاد التالية (الشك والارتياب، التضخيم، التحييد) على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين وكانت لصالح المتوسط الأكبر المتزوجات، إن هذه الأبعاد هي أفكار قهرية ولا تظهر للأخرين تستطيع الممرضات المتزوجات الاحتفاظ بها دون ملاحظة الزوج، وهي لا تحتاج للحركة ولا تشغلها عن القيام بواجباتها في العمل والمنزل.

يوضح الجدول(۳۹) أن قيمة (ت المحسوبة=۰,۷۰۲) عند مستوى دلالة (۰,٤٨٥) وهي أكبر من(۰,۰٥) وهذا يعني نقبل الفرضية الصفرية لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري(الدرجة الكلية) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين عند مستوى دلالة۰,۰٥ ويعود السبب في ذلك أننا لا نعرف بداية ظهور الوسواس القهري، لربما يظهر قبل الزواج فينشغل المصاب به وينسى حياته وينغمس في أفعاله وأفكاره، أو يظهر بعد الزواج بسبب التغيير الذي يطرأ على حياة الممرضات والمسؤوليات الكبيرة، فيظهر الوسواس القهري لتخفيف من درجة التوتر والقلق لذلك لا فرق بين أعزب ومتزوج لدى الممرضات في ظهور الوسواس القهري(الدرجة الكلية)، إن الممرضات يسكنون مع الأهل إلى أن يتزوجوا، وحتى ذلك الوقت توضع القيود المختلفة على هذه الأفكار والأفعال من قبل الأهل مما يخفف من ظهورها فلا تسبب مشكلة واضحة تعيق الأفراد من الزواج، حيث أعراضه لا تظهر

بشكل يسبب المشاكل إلا بعد استقلال المرضى بمنازلهم الخاصة، وسن الزواج في مجتمعنا أصغر من المجتمعات الغربية وبالتالي قد يظهر الاضطراب لكنه لا يكون ملاحظاً وتتزوج الممرضات قبل أن تتفاقم الأعراض، بالإضافة إلى أن الأعراض لاتصل غالباً لحد التطرف الذي يعيق النشاطات اليومية ويجعل الحياة مستحيلة في المنزل، بسبب نمط الحياة الاجتماعية والتي تتطلب الاختلاط مع الأهل والأصدقاء مما يحد من تفاقمه بسبب اضطرارهم إلى الاختلاط بالمجتمع.

٢-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل لدى الممرضين.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ف) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير عدد سنوات العمل لدى الممرضين الجدول(٤٠)

المقياس	عدد سنوات العمل	ن	م	ع	F(ف)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
الغسل	أقل من ٣سنوات	16	22.5625	2.78014	6.521	0.001	دالة عند٠,٠٥
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	17.1000	6.88171			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	17.2143	3.31503			
	من ٩سنوات فأكثر	1	10.0000	.			
	المجموع	65	18.3846	5.20424			
الفحص	أقل من ٣سنوات	16	26.4375	5.62102	46.787	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	13.5000	5.01052			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	9.9286	3.32141			
	من ٩سنوات فأكثر	1	11.000	.			
	المجموع	65	15.1077	8.02559			
الشك والارتياب	أقل من ٣سنوات	16	6.3750	2.77789	0.330	0.804	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	6.4500	3.57587			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	6.6429	1.70434			
	من ٩سنوات فأكثر	1	4.0000	.			

	المجموع	65	6.4769	2.63455			
الترتيب	أقل من ٣سنوات	16	12.6250	7.11688	4.972	0.004	دالة عند٠,٠٥
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	7.9500	3.64872			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	8.3571	1.66031			
	من ٩سنوات فأكثر	1	4.0000	.			
	المجموع	65	9.2154	4.59787			
الهواجس	أقل من ٣سنوات	16	19.8125	1.86971	17.640	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	13.1500	4.52217			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	15.2143	2.06123			
	من ٩سنوات فأكثر	1	7.00000	.			
	المجموع	65	15.5846	4.02683			
التضخيم	أقل من ٣سنوات	16	6.0000	2.75681	3.809	0.014	دالة عند٠,٠٥
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	5.0000	2.10263			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	5.1429	0.44840			
	من ٩سنوات فأكثر	1	0.0000	.			
	المجموع	65	5.2308	1.94269			
التحييد	أقل من ٣سنوات	16	12.0625	5.56739	1.334	0.27	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	9.8000	4.70834			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	11.3571	2.16392			
	من ٩سنوات فأكثر	1	7.0000	.			
	المجموع	65	10.9846	4.10599			
الدرجة الكلية	أقل من ٣سنوات	16	105.8750	13.23065	28.184	0.000	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	72.9500	19.06906			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	73.8571	4.77427			
	من ٩سنوات فأكثر	1	43.0000	.			
	المجموع	65	80.9846	19.45306			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، F= ف المحسوبة

يشير الجدول (٤٠) إلى أن توجد فروق على مقياس الوسواس القهري في جميع الأبعاد والدرجة الكلية وهي دالة إحصائياً عدا بعدي (الشك والارتياب، التحييد) تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل، حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الممرضين الذين يعملون أقل من ٣سنوات عدا بعد (الغسل) كان لصالح الممرضين الذين يعملون من ٣إلى أقل من ٦سنوات، لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل، إن اضطراب الوسواس القهري غالباً ما يظهر في عمر مبكر، ويستمر مع المصاب طوال حياته مالم يلقى العلاج المناسب، ولكنه غالباً لا يلاحظ إلا بعد ظهور الأعراض بفترة طويلة وفي مراحل متقدمة من العمر عندما تصبح المشكلة مستفحلة، لذلك بعد الغسل ظهر عند الممرضات اللواتي يعملن من ٣إلى أقل من ٦سنوات.

يوضح الجدول(٤٠) أن قيمة (ف المحسوبة= ٢٨,١٨٤) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الممرضين الذين يعملون أقل من ٣سنوات لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق على مقياس الوسواس القهري(الدرجة الكلية تبعا لمتغير عدد سنوات العمل عند مستوى دلالة ٠,٠١، إن الممرضات ذوات سنوات العمل الأقل لأن عددهم في العينة كان أكبر، وبسبب قلة معرفة الممرضات بهذا الاضطراب حتى لو ظهرت أعراضه واضحة وبشكل يسبب المشاكل للممرضات ولمن حولهم، لا يتم تشخيص المشكلة بشكل صحيح فقد يبرر بسبب طبيعة العمل وكثرة التعامل مع المرضى، فالوسواس القهري لا يرتبط بالعمر أكثر من ارتباطه بالظروف المحيطة بالمصاب نفسه.

عرض نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (الجنس، عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الأطباء.

ويتفرع عن هذه الفرضيات التالية:

١-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعا لمتغير الجنس لدى الأطباء الجدول(٤١)

المقياس	الجنس	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
البعد النفسي	ذكر	94	40.3298	6.88834	3.170	0.002	دالة عند٠,٠٥
	أنثى	44	36.3182	7.01086			
البعد العضوي	ذكر	94	29.5319	5.75055	2.861	0.05	دالة عند٠,٠٥
	أنثى	44	26.5227	5.77279			
البعد المهني	ذكر	94	37.6489	5.63535	3.063	0.03	دالة عند٠,٠٥
	أنثى	44	34.3864	6.23276			
العلاقة مع الآخرين	ذكر	94	20.7553	3.61207	0.619	0.537	غير دالة
	أنثى	44	20.3636	3.12597			
العلاقة مع المرضى	ذكر	94	9.4681	1.86480	1.287	0.200	غير دالة
	أنثى	44	9.0227	1.95874			
المستلزمات الطبية	ذكر	94	7.8511	1.27808	1.54	0.878	غير دالة
	أنثى	44	7.8864	1.20495			
البعد المادي	ذكر	94	11.9149	0.58031	0.470	0.639	غير دالة
	أنثى	44	11.8636	0.63212			
الدرجة الكلية	ذكر	94	157.5000	20.94732	2.922	.004	دالة عند ٠,٠٥
	أنثى	44	146.3636	20.67927			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يشير الجدول (٤١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء على الأبعاد التالية (البعد النفسي، البعد العضوي، البعد المهني) والدرجة الكلية لصالح المتوسط الأكبر لدى الذكور، إن الأطباء أكثر إحساساً بالضغوط من الإناث، وهذا لكثرة تشابك العلاقات بين الذكور، والذكور لا يعبرن عما يعانون من ضغوط بالكلام مما يزيدها وتظهر بشكل، اضطرابات نفسية، أعراض جسدية، ومشاكل مهنية. يوضح الجدول(٤١) أن قيمة (ت المحسوبة=٢,٩٢٢) عند مستوى دلالة (٠,٠٠) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية

والمهنية(الدرجة الكلية) تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة البحث عند مستوى دلالة ٠,٠٥لصالح المتوسط الأكبر أي الأطباء الذكور، وهذا يعارض دراسة (التوم،٢٠١١) ويعود ذلك إلى أن الذكور يعانون من ضغوط خارج وداخل المنزل ولا يجدون من يساندهم إن كانوا مستقلين، وبسبب أعباء المهنة وطبيعة العمل والضوضاء حيث الإناث بطبيعتهن وطريقة تفكيرهن فهم يستطيعون التعامل مع أكثر من مشكلة أما الذكور ينتقلون من مهمة لأخرى، وبسبب كثرة الحوادث الخطيرة والحرجة التي تتطلب المتابعة الدائمة من جانب الأطباء، في ضوء ضغط أهالي المرضى.

٢-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الأطباء الجدول(٤٢)

المقياس	الحالة الاجتماعية	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
البعد النفسي	أعزب	117	39.7692	7.16720	3.344	0.002	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	21	35.0476	5.71381			
البعد العضوي	أعزب	117	28.8889	6.01690	1.492	0.138	غير دالة
	متزوج	21	26.8095	5.01616			
البعد المهني	أعزب	117	36.9829	6.14057	1.740	0.084	غير دالة
	متزوج	21	34.5238	4.80228			
العلاقة مع الآخرين	أعزب	117	21.2137	3.25849	5.083	0.000	دالة عند٠,٠١
	متزوج	21	17.3810	2.69214			
العلاقة مع المرضى	أعزب	117	9.5385	1.79337	3.203	0.002	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	21	8.1429	2.08052			
المستلزمات الطبية	أعزب	117	7.9145	1.22877	1.159	0.249	غير دالة
	متزوج	21	7.5714	1.36277			

البعد المادي	أعزب	117	11.8803	0.64544	2.005	0.047	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	21	12.0000	0.00000			
الدرجة الكلية	أعزب	117	156.1880	21.44598	2.979	.003	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	21	141.4762	16.89266			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يؤكد الجدول (٤٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الضغوط النفسية والمهنية والدرجة الكلية عدا الأبعاد التالية (العضوي، المهني، المستلزمات الطبية) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة ٠,٠٥لصالح المتوسط الأكبر أي الأطباء العازبون، أما البعد المادي كان لصالح الأطباء المتزوجون ولأنهم مسؤولون عن عائلات ولديهم التزامات مادية كبيرة فهم مسئولون عن أسرة.

يوضح الجدول(٤٢) أن قيمة (ت المحسوبة=٢,٩٧٩) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٣) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يعني نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية(الدرجة الكلية) تبعاً لمتغير الجنس لدى الأطباء عند مستوى دلالة ٠,٠٥لصالح المتوسط الأكبر أي الأطباء العازبون، ويعود ذلك إلى أن المتزوجين أقدر على تحمل الضغوط ويمتلكون الصبر والتحمل وأكثر إدراكاً للأمور الحياتية والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين وذلك بسبب الخبرات الشخصية المكتسبة ، وهذا عكس العازبين الذين يرون كل مشاكلهم كبيرة ومضخمة وفوق طاقتهم فهم لا يمتلكون الخبرة الكافية لحلها.

٣-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل لدى الأطباء.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ف) على مقياس الوسواس القهري تبعا لمتغير عدد سنوات العمل لدى الأطباء الجدول(٤٣)

المقياس	عدد سنوات العمل	ن	م	ع	F(ف)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
البعد النفسي	أقل من ٣سنوات	83	43.8313	2.98704	111.232	0.000	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	32.0606	4.40837			
	من ٦إلى أقل من	13	28.7692	5.34094			

	٩سنوات						
	من ٩سنوات فأكثر	9	35.4444	6.24722			
	المجموع	138	39.0507	7.15284			
البعد العضوي	أقل من ٣سنوات	83	32.2289	2.68839	62.537	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	23.2727	4.59805			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	22.7692	6.30018			
	من ٩سنوات فأكثر	9	22.6667	5.54527			
	المجموع	138	28.5725	5.90668			
البعد المهني	أقل من ٣سنوات	83	40.6024	2.70474	101.367	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	31.0909	3.42202			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	28.1538	5.72780			
	من ٩سنوات فأكثر	9	32.2222	4.23609			
	المجموع	138	36.6087	6.0061			
العلاقة مع الآخرين	أقل من ٣سنوات	83	22.6627	2.15993	54.852	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	17.5758	2.78422			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	16.3846	1.12090			
	من ٩سنوات فأكثر	9	19.2222	3.34581			
	المجموع	138	20.6304	3.45794			
العلاقة مع المرضى	أقل من ٣سنوات	83	10.1325	1.37726	17.319	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	8.0606	1.91930			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	8.4615	1.80810			
	من ٩سنوات فأكثر	9	7.7778	2.33333			
	المجموع	138	9.3261	1.89953			
المستلزمات الطبية	أقل من ٣سنوات	83	8.2169	0.96333	1.805	0.149	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	7.5758	1.25076			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	6.6923	1.49358			

البعد	عدد سنوات العمل	ن	م	ع	F	Sig	الدلالة
	من ٩سنوات فأكثر	9	7.3333	1.87083			
	المجموع	138	7.8623	1025094			
البعد المادي	أقل من ٣سنوات	83	11.9277	0.37557	1.334	0.27	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	11.7273	0.87581			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	12.1538	0.89872			
	من ٩سنوات فأكثر	9	11.8889	0.33333			
	المجموع	138	11.8986	0.59548			
الدرجة الكلية	أقل من ٣سنوات	83	169.6024	5.36688	213.738	0.000	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	33	131.3636	11.21054			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	13	123.3846	14.13942			
	من ٩سنوات فأكثر	9	136.5556	16.17182			
	المجموع	138	153.9493	21.42933			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، F= ف المحسوبة

يشير الجدول (٤٣) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الضغوط النفسية والمهنية والدرجة الكلية عدا بعدي (المستلزمات الطبية، المادي) تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل لدى الأطباء عند مستوى دلالة ٠,٠٥لصالح المتوسط الأكبر أي الأطباء العاملون أقل من ٣سنوات، لأن المستلزمات الطبية والظروف المادية لا تتأثر بعدد سنوات العمل لدى الأطباء.

يوضح الجدول(٤٣) أن قيمة (ف المحسوبة =٢١٣,٧٣٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الضغوط النفسية والمهنية (الدرجة الكلية)وفق متغير عدد سنوات العمل حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الأطباء الذين يعملون أقل من ٣سنوات لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعا لمتغير عدد سنوات العمل عند مستوى دلالة ٠,٠١ والشكل رقم (٨) يوضح ذلك، وأكد على ذلك دراسة(الشريف،٢٠٠٣) حيث إن موت المرضى قد يعرضهم للتفكير بأنهم مذنبون ولم يبذلوا الجهد اللازم لإنقاذ المريض، ويتعرضون للضغوط بسبب احتكاك الأطباء مع الزوار الذين يزورون المرضى يبدؤوا بالسؤال عن حالة المريض وقد يتهمون الطبيب بالتقصير، عن طريق وسائل الاتصال مثل الانترنت ويبدئ الناس باتهام الطبيب بالتقصير ويشهرون به دون التأكد من المخطئ، والأطباء عليهم القيام بمهام كبيرة وهم مسؤولون على الانتباه على المرضى والممرضات إذا اتبعوا تعليماتهم،

وكتابة تقارير عن كل مريض وانتظار غرفة العمليات ومتابعتها من أجل إجراء عملية للمريض، والأطباء حتى في منازلهم لا يرتاحون فهم معرضين للضغوط من قبل الأقارب والجيران ففي أي وقت قد يقرع الباب ويطلب الطبيب كحالة إسعافيه، وهم لا يستطيعون قضاء وقت مع عائلاتهم فيشعرون بتأنيب الضمير أيضاً ذكرت دراسة مونااليزا وآخرون Monalisa et al(٢٠٠٨) أن أكثر الضغوط تكون لدى الأطباء وفي القائمة عبء العمل.

عرض نتائج الفرضية السادسة وتفسيرها:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (عدد سنوات العمل، الحالة الاجتماعية) لدى الممرضين.

ويتفرع عن هذه الفرضية الفرضيات التالية:

١-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت"(t-test) لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ت) على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين الجدول(٤٤)

المقياس	الحالة الاجتماعية	ن	م	ع	T(ت)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
البعد النفسي	أعزب	**24**	37.7917	6.71778	2.562	0.013	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	**41**	33.3415	6.78089			
البعد العضوي	أعزب	**24**	29.0833	7.73988	2.847	0.006	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	**41**	23.9512	6.56106			
البعد المهني	أعزب	**24**	36.0000	7.21713	1.935	0.06	غير دالة
	متزوج	**41**	32.7073	5.45089			
العلاقة مع الآخرين	أعزب	**24**	20.1667	2.85393	1.021	0.311	غير دالة
	متزوج	**41**	19.5122	2.25967			
العلاقة مع	أعزب	**24**	9.5000	2.18692	2.558	0.013	دالة

المرضى	متزوج	**41**	8.2195	1.79600			عند٠,٠٥
المستلزمات الطبية	أعزب	**24**	7.6250	1.20911	2.360	0.021	دالة عند٠,٠٥
	متزوج	**41**	6.9024	1.17909			
البعد المادي	أعزب	**24**	12.0000	0.00000	0.650	0.519	غير دالة
	متزوج	**41**	11.9268	0.72077			
الدرجة الكلية	أعزب	**24**	**152.1667**	**21.70487**	**3.186**	**.002**	**دالة عند ٠,٠٥**
	متزوج	**41**	**136.5610**	**17.35663**			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، T= ت المحسوبة

يشير الجدول (٤٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع الأبعاد مقياس الضغوط النفسية والمهنية والدرجة الكلية عدا الأبعاد التالية (المهني، الآخرين، المادي) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين. لأن الممرضين العاملين في مشافي الحكومية يعانون من نفس الضغوط المهنية، والعلاقات مع الآخرين، والضغوط المادية، فلا فرق بين ممرضة متزوجة وعزباء، فالظروف الاقتصادية السيئة يعاني منها العازبون والمتزوجون.

يوضح الجدول(٤٤) أن قيمة (ت المحسوبة =٣,١٨٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٢) وهي أصغر من(٠,٠٥) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الضغوط النفسية والمهنية (الدرجة الكلية) وفق متغير الحالة الاجتماعية، لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الممرضين عند مستوى دلالة ٠,٠٥لصالح المتوسط الأكبر أي الممرضين العازبين، ويعود السبب لأن غير المتزوجين يعانون من ضغوط كبيرة في العمل وفي المنزل ومن عدم وضوح الطرق أمامهم أنهم غير مستقرين وجميع أفراد العائلة يطالبوهن بمهام لأنهن غير متزوجات دون مراعاة خصوصيتهن ومساحتهن الشخصية.

٢-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل لدى الممرضين.

من أجل التحقق من هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لدراسة الفروق بين أفراد العينة المدروسة.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة(ف) على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعا لمتغير عدد سنوات العمل لدى الممرضين الجدول(٤٥)

المقياس	عدد سنوات العمل	ن	م	ع	F(ف)	Sig. مستوى الدلالة	عند مستوى الدلالة
البعد النفسي	أقل من ٣سنوات	16	42.4375	4.33542	12.535	0.000	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	32.7000	6.21628			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	32.2500	5.92937			
	من ٩سنوات فأكثر	1	38.0000	.			
	المجموع	65	34.9846	7.04559			
البعد العضوي	أقل من ٣سنوات	16	34.3750	3.00832	17.180	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	22.4000	6.82411			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	23.2857	5.69507			
	من ٩سنوات فأكثر	1	30.0000	.			
	المجموع	65	25.8462	7.39347			
البعد المهني	أقل من ٣سنوات	16	42.0000	2.82843	25.054	0.00	دالة عند ٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	31.0500	5.30615			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	31.2857	4.25012			
	من ٩سنوات فأكثر	1	36.0000	.			
	المجموع	65	33.9231	6.31295			
العلاقة مع الآخرين	أقل من ٣سنوات	16	22.0000	1.71270	8.006	0.00	دالة عند٠,٠١
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	19.2500	2.44680			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	18.9286	2.17611			
	من ٩سنوات فأكثر	1	17.0000	.			
	المجموع	65	19.7538	2.49393			
العلاقة مع المرضى	أقل من ٣سنوات	16	9.7500	1.48324	2.350	0.081	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	8.6000	2.18608			

	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	8.2143	2.04318			
	من ٩سنوات فأكثر	1	7.0000	.			
	المجموع	65	8.6923	2.03042			
المستلزمات الطبية	أقل من ٣سنوات	16	7.4375	1.09354	1.373	0.260	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	7.2000	1.47256			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	7.0714	1.08623			
	من ٩سنوات فأكثر	1	5.0000	.			
	المجموع	65	7.1692	1.23199			
البعد المادي	أقل من ٣سنوات	16	12.0000	0.00000	0.975	0.411	غير دالة
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	12.1000	0.71818			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	11.8214	0.61183			
	من ٩سنوات فأكثر	1	12.0000	.			
	المجموع	65	11.9538	0.57093			
الدرجة الكلية	أقل من ٣سنوات	16	170.0000	8.82421			
	من ٣إلى أقل من ٦سنوات	20	133.3000	15.22844			
	من ٦إلى أقل من ٩سنوات	28	132.8571	13.04895	32.785	0.000	دالة عند ٠,٠١
	من ٩سنوات فأكثر	1	145.0000	.			
	المجموع	65	142.3231	20.37623			

حيث ن= حجم العينة، م= المتوسط الحسابي، ع= الانحراف المعياري، F= ف المحسوبة

يشير الجدول (٤٥) على وجود فروق دالة إحصائياً بجميع أبعاد مقياس الضغوط النفسية والمهنية والدرجة الكلية وفق متغير عدد سنوات العمل حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الممرضين الذين يعملون أقل من ٣سنوات عدا الأبعاد التالية (العلاقة مع المرضى، المستلزمات الطبية، المادي) لأن هذه الأبعاد ليس لها علاقة بعدد سنوات العمل، حيث علاقة الممرضات مع المرضى لا تتغير تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل إن المرضى دائماً يتهمن الممرضات بالإهمال، ولا يوجد فرق بالنسبة لبعد المستلزمات الطبية لأنهن ملتزمات بالحفاظ على الأدوات الطبية منذ البدء بالعمل، أما الظروف الاقتصادية لن تتغير حسب سنوات العمل لأن العمل في القطاع الحكومي لا يوجد فيه حوافز ومكافأة.

يوضح الجدول(٤٥) أن قيمة (ف المحسوبة =٢١٣,٧٣٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٠٠) وهي أصغر من(٠,٠١) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الضغوط النفسية والمهنية (الدرجة الكلية) وفق متغير عدد سنوات العمل حسب متوسط العينة الأكبر لصالح الممرضين الذين يعملون أقل من ٣سنوات، لذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: بوجود فروق على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير عدد سنوات العمل عند مستوى دلالة ٠,٠١، بسبب نقص الخبرة التدريبية، وكثرة الخلاف مع الأطباء والزملاء وعبء العمل، ونقص الدعم الاجتماعي ولأن خبرتهم قليلة نسبياً وقد غمروا في العمل بشكل سريع، وهذا يتفق مع دراسة (مريم،٢٠٠٨) ويعود السبب لأنهم حديثو العهد بتلك الضغوط فهم لا يعرفون التعامل معها ومع المرضى الكبار في السن فيكون أغلب اعتمادهم على الممرضة. وهذا يتفق مع دراسة كيلو Kellow٢٠٠١ حيث يوجد ضغوط واضحة لها علاقة بالتعامل مع المرضى، وأخرى لها علاقة بنظام العمل القائم في قسم الطوارئ، وأخرى تتصل بعلاقة شخصية مع زملائهم في العمل مع بعضهم ومع الآخرين.

عرض نتائج الفرضية السابعة وتفسيرها:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء.

للتحقق من صحة الفرضية تم أخذ المجموعتين ذات الدرجات المنخفضة وذات الدرجات المرتفعة في الضغوط النفسية والمهنية حيث كان عدد الأطباء ذوي الدرجة المرتفعة (٨٥) طبيباً، وعدد الأطباء ذوي الدرجة المنخفضة (١٥) طبيباً، كما هو موضح في الجدول التالي. ومن ثم تمت المقارنة بين متوسط درجات هؤلاء الأطباء. ولتوضيح دلالة هذه الفروق تم استخدام اختبار (Independent-Samples T Test)، فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٤٦) الفروق بين الأطباء في الوسواس القهري تبعاً لمرتفعي الدرجات ومنخفضي الضغوط النفسية

الأبعاد الفرعية	درجة الضغوط النفسية والمهنية	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	د.ح	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الغسل	مرتفعي الدرجات	85	22.49	2.23	٩٨	١٧,٨٤	٠,٠٠٠	دالة عند ٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	11.07	2.58				
الفحص	مرتفعي الدرجات	85	26.84	5.23	٩٨	١١,١٦	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	10.13	5.97				

الشك والارتياب	مرتفعي الدرجات	85	8.75	2.68	٩٨	٨,١١	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	2.87	1.96				
الترتيب	مرتفعي الدرجات	85	15.53	3.32	٩٨	١٠,٥٩	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	6.20	1.78				
الهواجس	مرتفعي الدرجات	85	18.08	5.70	٩٨	٦,٩٧	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	7.53	3.07				
التضخيم	مرتفعي الدرجات	85	7.49	2.81	٩٨	٧,٠١	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	2.07	2.49				
التحييد	مرتفعي الدرجات	85	14.07	5.18	٩٨	٤,٦١	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	7.80	1.90				
الدرجة الكلية	مرتفعي الدرجات	85	113.26	21.34	٩٨	١١,٥٨	٠,٠٠٠	دالة عند٠,٠١
	منخفضي الدرجات	15	47.67	11.34				

تبين من خلال الجدول (٤٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطباء منخفضي الضغوط النفسية والمهنية ومتوسط درجات الأطباء مرتفعي الضغوط مقياس الوسواس القهري، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ على جميع الأبعاد والدرجة الكلية، لصالح الأطباء مرتفعي الدرجات في الضغوط النفسية والمهنية، فالأطباء مرتفعي الضغوط النفسية والمهنية لديهم درجات أعلى في الوسواس القهري. لأن الأطباء الذين يعانون من ضغوط نفسية ومهنية مرتفعة يعانون من القلق، ولا يستطيعون الخروج من المواقف الصعبة التي يتعرضون لها، أو لا يمتلكون القدرة على تعديل هذه المواقف الضاغطة، مما يؤدي للشعور بالعجز، وانخفاض مفهوم الذات لديهم، فلا يوجد طريقة لخفض التوتر سوى ظهور الوسواس القهري فيشعرون بالراحة. حيث أن الظروف الراهنة في العمل لأصحاب الدرجة المرتفعة تزيد من وساوسهم، حيث يرتفع التوتر لأنهم ملزمون بإنجاز أعمالهم ولكن في أعماقهم يشعرون بالقلق لأنهم لم ينفذوا وساوسهم وأفكارهم مما يعكس ذلك على عملهم. بسبب الإحباط المستمر في المجتمع، وفقدان الشعور بالأمن في ظل الظروف التي تمر بها البلاد، يمارس الأطباء طقوس الوسواس القهري وكأنهم يتلمسون الأمن، ويتجنبون الخطر ويشغلون أنفسهم في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس القهري لتخفيف من قلقهم وتوترهم وضغوطهم فيظهر تكيف غير سوي ومرضي.

عرض نتائج الفرضية الثامنة وتفسيرها:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين.

للتحقق من صحة الفرضية تم أخذ المجموعتين ذات الدرجات المنخفضة وذات الدرجات المرتفعة في الضغوط النفسية والمهنية حيث كان عدد الممرضين ذوي الدرجة المرتفعة (١٦) ممرضاً، وعدد الممرضين ذوي الدرجة المنخفضة (٢١) ممرضاً، كما هو موضح في الجدول التالي. ومن ثم تمت المقارنة بين متوسط درجات هؤلاء الممرضين. ولتوضيح دلالة هذه الفروق تم استخدام اختبار (Independent–Samples T Test)، فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٤٨) الفروق بين الممرضين في الوسواس القهري تبعاً لمرتفعي ومنخفضي الدرجات في الضغوط النفسية والمهنية للمرضين

الأبعاد الفرعية	درجة الضغوط النفسية والمهنية	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	د.ح	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الغسل	مرتفعي الدرجات	16	21.71	4.00	35	5.38	0.000	دال عند ٠,٠١
	منخفضي الدرجات	21	14.88	3.58				
الفحص	مرتفعي الدرجات	16	23.14	8.19	35	5.71	0.000	دال عند ٠,٠١
	منخفضي الدرجات	21	10.63	3.48				
الشك والارتياب	مرتفعي الدرجات	16	5.95	2.73	35	−1.53	0.133	غير دال
	منخفضي الدرجات	21	7.13	1.54				
الترتيب	مرتفعي الدرجات	16	11.76	6.45	35	2.71	0.010	دال عند ٠,٠٥
	منخفضي الدرجات	21	7.31	1.25				
الهواجس	مرتفعي الدرجات	16	18.10	4.15	35	3.44	0.002	دال عند ٠,٠١
	منخفضي الدرجات	21	14.00	2.66				
التضخيم	مرتفعي الدرجات	16	5.76	2.45	35	1.16	0.251	غير دال
	منخفضي الدرجات	21	4.94	1.61				
التحييد	مرتفعي الدرجات	16	11.43	5.17	35	−0.184	0.855	غير دال
	منخفضي الدرجات	21	11.69	2.52				
الدرجة الكلية	مرتفعي الدرجات	16	97.86	19.31	35	4.99	0.000	دال عند ٠,٠١
	منخفضي الدرجات	21	70.56	11.66				

تبين من خلال الجدول (٤٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للأبعاد التالية: الشك والارتياب–التضخيم–التحييد بين متوسط درجات الممرضين منخفضي الضغوط النفسية والمهنية ومتوسط

درجات الممرضين مرتفعي الضغوط النفسية والمهنية على مقياس الوسواس القهري، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ إن أبعاد الوسواس القهري غير دالة هي أفكار وسواسية لذلك لم تؤثر الضغوط النفسية والمهنية بها لأنها لم تصل إلى الأفعال القهرية.

كما تبين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للأبعاد التالية: الغسل–الفحص–الترتيب–الهواجس والدرجة الكلية بين متوسط درجات الممرضين منخفضي الضغوط النفسية والمهنية ومتوسط درجات الممرضين مرتفعي الضغوط النفسية والمهنية على مقياس الوسواس القهري، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ لصالح الممرضين مرتفعي الدرجات في الضغوط النفسية والمهنية، فالممرضين مرتفعي الضغوط النفسية والمهنية لديهم درجات أعلى في الوسواس القهري، مما سبق لاحظنا إن الأبعاد الدالة غلب عليها الأفعال القهرية، مما يشير إلى أن الضغوط النفسية و المهنية الكبيرة تفقد الممرضات السيطرة و التحكم فتظهر على شكل وساوس قهرية.إن كثرة الضغوط النفسية والمهنية تزيد الوساوس القهرية _تكيف غير سوي_ منها الخلاف مع الأطباء، عبء العمل، والخلاف مع الزملاء الممرضين، وقد حدث ذلك أمام الباحثة في مشفى المواساة قسم غسيل الكلى حدث شجار بين ممرضتين من أجل فك الجهاز عن المريض وكل واحدة تتهم الأخرى بالعمل، وفي النهاية أتت المشرفة وألزمت إحداهن دون اتخاذ أي إجراء لمعرفة المريض من الممرضة المسؤولة عنه، وذهبت هذه الممرضة وهي تبكي لإنجاز العمل لأنه ليس مريضها.

عرض نتائج الفرضية التاسعة وتفسيرها:

لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الأطباء.

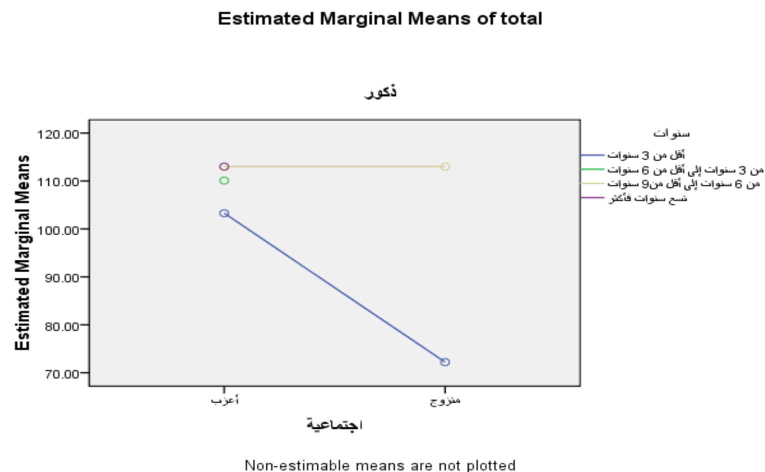
للتحقق من صحة الفرضية وللكشف عن أثر التفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الوسواس القهري تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي، كما يبين ذلك الجدول (٤٩):

الجدول (٤٩) نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للتفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الوسواس القهري لدى عينة الأطباء

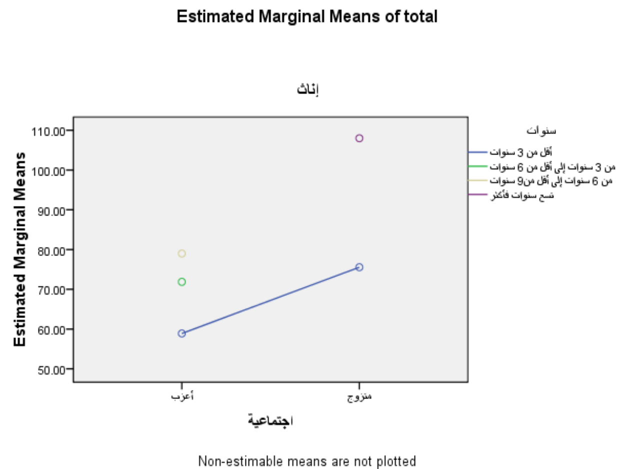
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	القيمة الاحتمالية	القرار
الجنس	5758.12	1	5758.12	6.54	0.012	دال*
الحالة الاجتماعية	39.36	1	39.36	0.045	0.833	غير

						دال
عدد سنوات العمل	5506.10	3	1835.36	2.086	0.105	غير دال
الجنس*الحالة الاجتماعية*عدد سنوات العمل	8735.23	5	1747.04	1.98	0.085	لا يوجد تفاعل
الخطأ	111723.62	127	879.71			
الكلي	1326209	138				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (٤٩) إلى أن قيمة النسبة الفائية لتفاعل الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل لا تؤثر على درجات الوسواس القهري بالنسبة للأطباء.أشارت النتائج إلى عدم وجود أثر للتفاعل على مقياس الوسواس القهري بين المتغرات الديموغرافية للدراسة، حيث أوضحت النتائج مايلي: أن الجنس (ذكور وإناث) لايرتبط بحالة اجتماعية(أعزب متزوج) ولا بعدد سنوات العمل(أقل من ٣سنوات–من ٣سنوات إلى أقل من ٦سنوات–من٦سنوات إلى أقل من ٩سنوات–تسع سنوات فأكثر)، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الأطباء العاملين في المشافي يعيشون نفس الظروف خاصة في مجال عملهم حيث أن جميعهم يشاركون في إسعاف وإنقاذ المرضى في كافة الأحوال والظروف دون ظهور فرق في سنوات العمل أو الجنس وبغض النظر عن الحالة الاجتماعية إنها متغيرات مستقلة عن بعضها و لايوجد أي ارتباط بينها فالجميع يضع وساوسه القهرية جانباً في الأزمات، وللتعرف على شكل توزيع درجات الوسواس القهري للأطباء وفقاً للجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تم إضافة الرسم التالي:



شكل (٧) أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الأطباء.



شكل (٨) أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الأطباء.

عرض نتائج الفرضية العاشرة وتفسيرها:

لا يوجد أثر للتفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الممرضين.

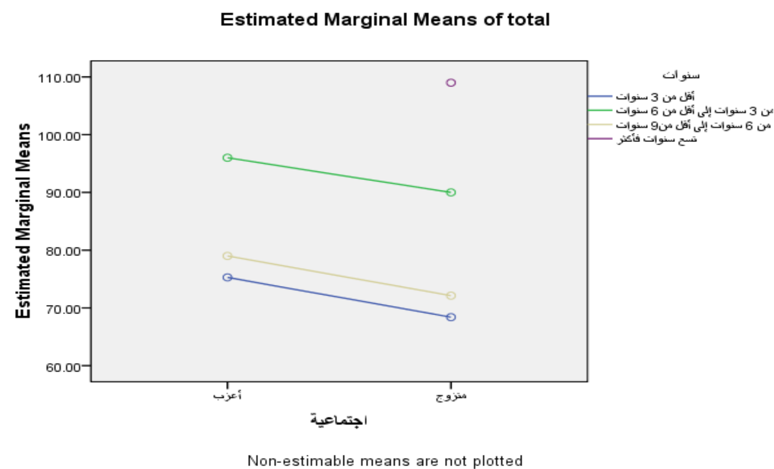
للتحقق من صحة الفرضية وللكشف عن أثر التفاعل بين الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الوسواس القهري تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي، كما يبين ذلك الجدول (٥١):

الجدول (٥٠) نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للتفاعل بين الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الوسواس القهري لدى عينة الممرضين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	القيمة الاحتمالية	القرار
الحالة الاجتماعية	245.45	1	245.45	1.027	0.315	غير دال
عدد سنوات العمل	8244.43	3	2748.14	11.50	0.000	دال**

الحالة الاجتماعية*عدد سنوات العمل	1.583	2	0.792	0.003	0.997	لا يوجد تفاعل
الخطأ	13858.68	58	238.94			
الكلي	450522	65				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم السابق إلى أن قيمة النسبة الفائية لتفاعل الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل لا تؤثر على درجات الوسواس القهري بالنسبة للمرضين، ان الوسواس القهري من الاضطرابات العصابية الحادة والشديدة المسببة للكرب النفسي، وهو موجود لدى الأسوياء كما موجود لدى المرضى ولم يذكر في أي من الدراسات أو الأدبيات تفاعل الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى الممرضات. وللتعرف على شكل توزيع درجات الوسواس القهري للمرضين وفقاً للحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تم إضافة الرسم البياني التالي:



شكل(٩) أثر للتفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الوسواس القهري لدى عينة البحث الممرضين

عرض نتائج الفرضية الحادية عشر وتفسيرها:

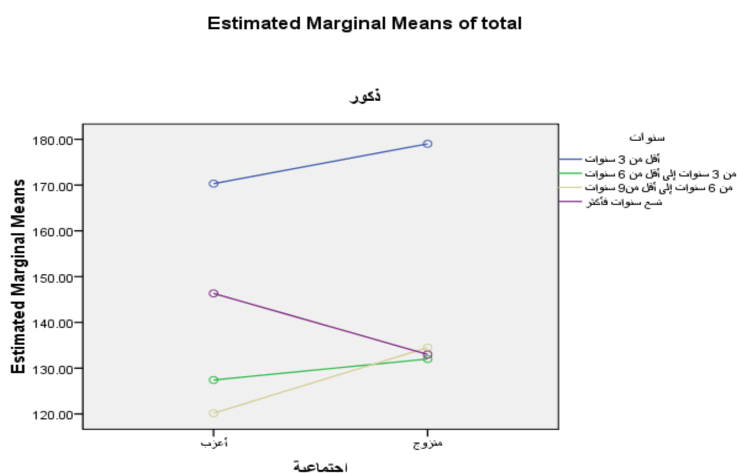
لا يوجد أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الأطباء.

للتحقق من صحة الفرضية وللكشف عن أثر التفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الضغوط النفسية والمهنية تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي، كما يبين ذلك الجدول (٥١):

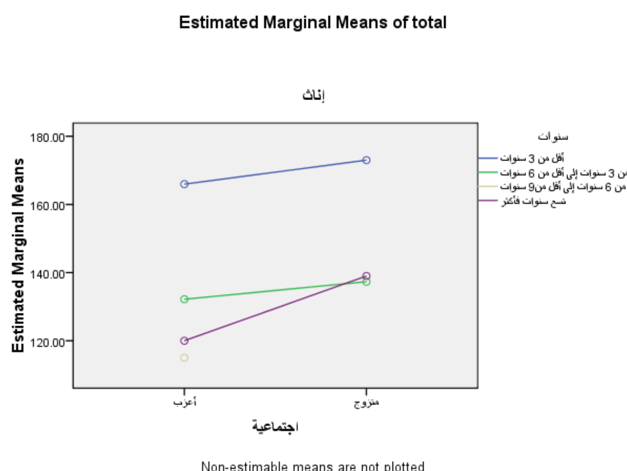
الجدول (٥١) نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للتفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	القيمة الاحتمالية	القرار
الجنس	207.53	1	207.53	3.04	0.083	غير دال
الحالة الاجتماعية	520	1	520	7.63	0.007	دال**
عدد سنوات العمل	19596.4	3	5532.13	81.27	0.000	دال**
الجنس*الحالة الاجتماعية*عدد سنوات العمل	1494.19	9	166.02	2.43	0.014	لا يوجد تفاعل
الخطأ	8372.5	123	68.06			
الكلي	3333565	138				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم السابق إلى أن قيمة النسبة الفائية لتفاعل الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تؤثر على درجات الضغوط النفسية والمهنية بالنسبة للأطباء. وهذا يتفق مع الدراسات السابقة(الشريف٢٠٠٣، التوم٢٠١١، Stewart et.al ١٩٩٧، Dyrbye et al ٢٠٠٦، Monalisa et al ٢٠٠٨) والأدبيات لم يذكر أي تفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تؤثر على مقياس الضغوط النفسية والمهنية، بالنسبة للأطباء إن الضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء تأثر على المستوى الوظيفي منها انخفاض الأداء، ارتكاب حوادث في العمل،وللتعرف على شكل توزيع درجات الضغوط النفسية والمهنية للأطباء وفقاً للجنس والحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تم إضافة الرسم :



شكل (١٠) أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الأطباء



شكل (١١) أثر للتفاعل بين الجنس والحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الأطباء

عرض الفرضية الثانيةعشروتفسيرها:

لا يوجد أثر للتفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الممرضين.

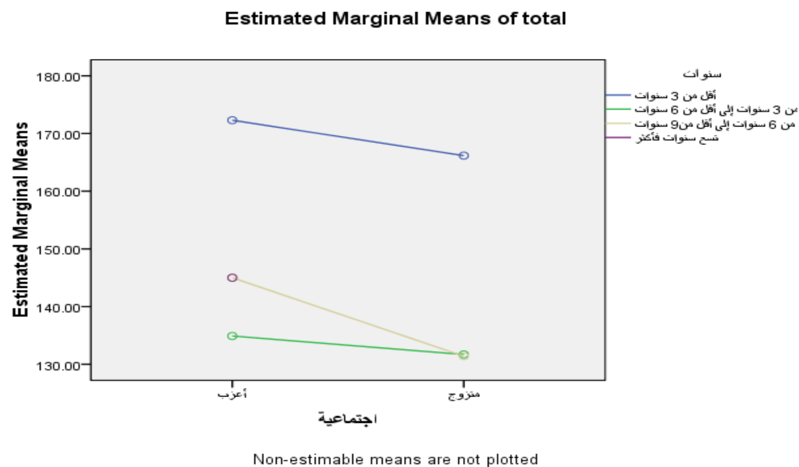
للتحقق من صحة الفرضية وللكشف عن أثر التفاعل بين الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الضغوط النفسية والمهنية تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي، كما يبين ذلك الجدول (٥٢):

الجدول (٥٢) نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي للتفاعل بين الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل على الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الممرضين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	القيمة الاحتمالية	القرار
الحالة الاجتماعية	626.11	1	626.11	3.82	0.055	غير دال
عدد سنوات العمل	12050.66	3	4016.89	24.56	0.000	دال**
الحالة الاجتماعية*عدد	189.86	2	94.93	0.581	0.563	لا يوجد

سنوات العمل						تفاعل
الخطأ	9483.93	58	163.51			
الكلي	1343203	65				

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم السابق إلى أن قيمة النسبة الفائية لتفاعل الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل لا تؤثر على درجات الضغوط النفسية والمهنية بالنسبة للمرضين وهذا يتفق مع الدراسات السابقة(مريم٢٠٠٦، مريم٢٠٠٨،أبو الحصين٢٠١٠، اسماعيل٢٠١٥، جيرسيس Gurses ٢٠٠٥، كيلو Kellow٢٠٠١) والأدبيات لم يذكر أي تفاعل بين الحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تؤثر على مقياس الضغوط النفسية والمهنية. وللتعرف على شكل توزيع درجات الضغوط النفسية والمهنية للممرضين وفقاً للحالة الاجتماعية وعدد سنوات العمل تم إضافة الرسم البياني التالي:

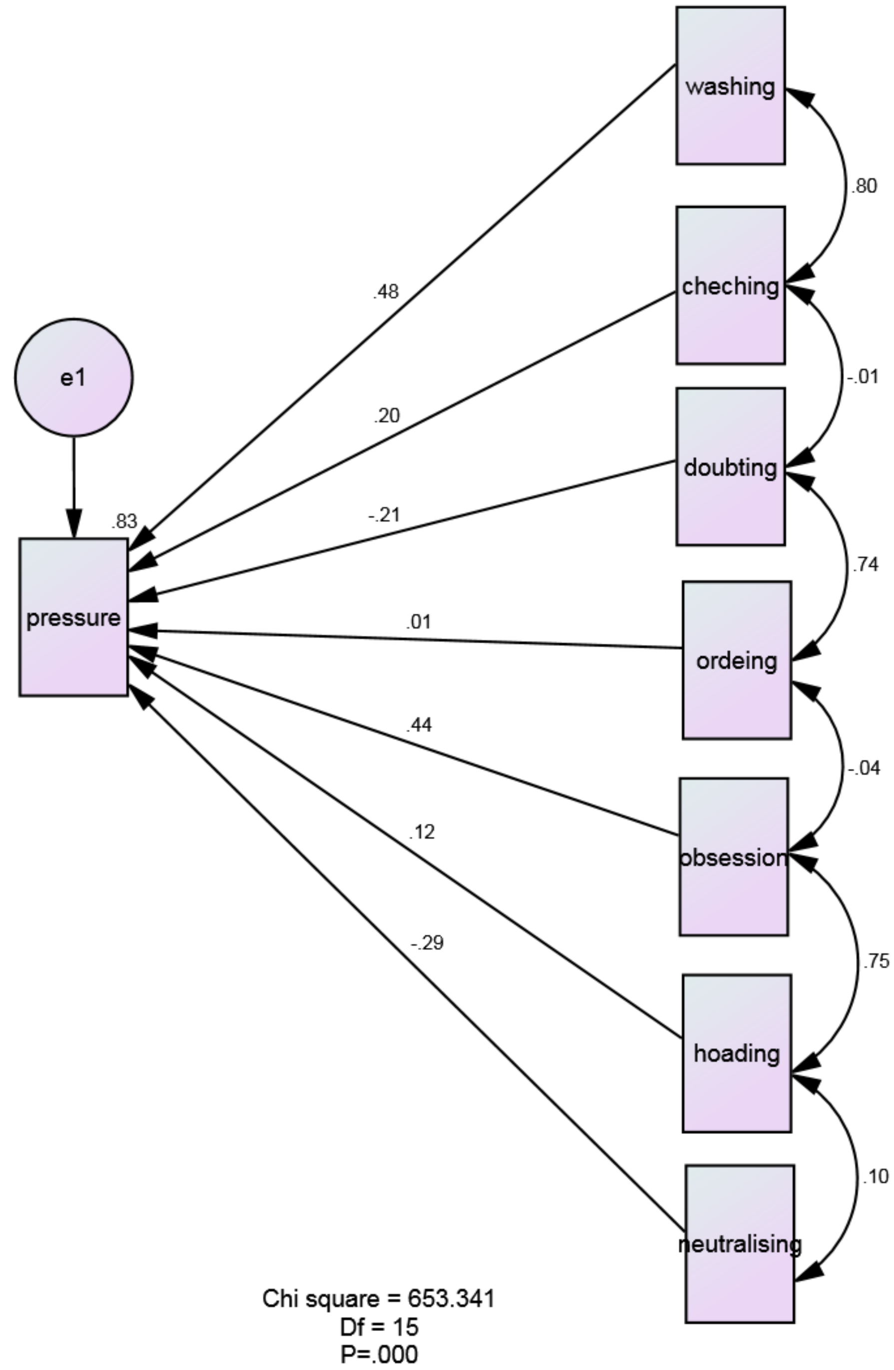


شكل(١٢)أثر التفاعل بين الحالة اجتماعية وعدد سنوات العمل على مقياس الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة البحث الممرضين

عرض نتائج الفرضية الثالثة عشروتفسيرها:

يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للوسواس القهري في الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء.

أولا: التأثيرات المباشرة لأبعاد الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء:



الشكل (١٣) التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لأبعاد الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية

أن المسار من الغسل إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,٤٨ وهو دال إحصائياً، وأن المسار من الفحص إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,٢٠ وهو دال إحصائياً، والمسار من الشك والارتياب إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,٢١ وهو دال إحصائياً، والمسار من الهواجس إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,٤٤ وهو دال إحصائياً، والمسار من التضخيم إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,١٢ وهو دال إحصائياً والمسار من التحييد إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء = ٠,٢٩ وهو دال إحصائياً، أي أن الغسل والفحص والشك والارتياب

والهواجس والتضخيم والتحييد كأحد أعراض الوسواس القهري تؤثر بشكل مباشر بالضغوط النفسية والمهنية، أما المسار من الترتيب إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء =٠,٠١ غير دالة إحصائياً، أي أن الترتيب كأحد أعراض الوسواس القهري لا تؤثر بشكل مباشر بالضغوط النفسية والمهنية. وبالتالي فأن أعراض الوسواس القهري (الغسل والفحص والشك والهواجس والتضخيم والتحييد) أسبق بالتأثير من الترتيب لأنها تأثر بشكل مباشر بالضغوط النفسية والمهنية دون الحاجة إلى وسيط. في بعد الغسل إن الأطباء يقومون به لخفض التوتر الناجم عن الضغوط التي يشعرون بها، ويتخلصوا من الجراثيم التي قد تنتقل لهم من المرضى فيؤثر الغسل بشكل مباشر بالضغوط. أما في بعد الفحص عادة ما يقوم به الأطباء لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو بالآخرين، فيسبب ضغوط بشكل مباشر جراء الفحص واستهلاك الوقت. أما بعد الشك والارتياب يؤثر بشكل مباشر بالضغوط فلا يشعر الأطباء بالراحة بعد العمليات مثلاً، ويبقى لديهم شك بأن العملية لم تنجح حتى يتعافى المريض. أما في بعد الهواجس نحن في عصر التطور التكنولوجي والمعلومات، وإذا الشخص لم يواكب هذا التطور قد تتشكل لديه هواجس بأنه أصبح متأخر عن باقي الزملاء في عمله، خصوصاً مع زيادة سنوات العمل تزداد الخبرة والأعباء ولا يوجد متسع من الوقت لمواكبة التطور الطبي فهو لا يحتاج للقراءة فقط، بل للتدريب على العمليات وكيفية استخدام الأجهزة الحديثة مما يؤثر بشكل مباشر بالضغوط. أما في بعد التضخيم حيث مع تقدم الإنسان في العمر والمهنة تقل المرونة، لديه لذلك يواجه أي تطور أو تغيير بالتضخيم والتهويل مما يزيد الأعباء ويؤثر بالضغوط. أما بعد التحييد حيث أن الذين لديهم درجة مرتفعة من الوسواس القهري يحاولون السيطرة عليها من خلال التحييد، حيث قد يخفض القلق لفترة قصيرة لكنه يزيد من قوة الافكار السواسية، ويبقى في دائرة مغلقة (فكرة وسواسية –قلق – تحييد – فكرة وسواسية اقوى) مما يؤثر بالضغوط بشكل مباشر.

ثانياً: التأثيرات غير المباشرة لأعراض الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء:

يلاحظ من الشكل (١٣) بالنسبة لتأثير الترتيب في الضغوط النفسية والمهنية مروراً بالهواجس كوسيط، يتكون هذا التأثير من حاصل ضرب معاملات الانحدار في هذين المسارين وبذلك يكون التأثير غير المباشر للترتيب في حالة توسط الهواجس على الضغوط النفسية والمهنية كما يلي:

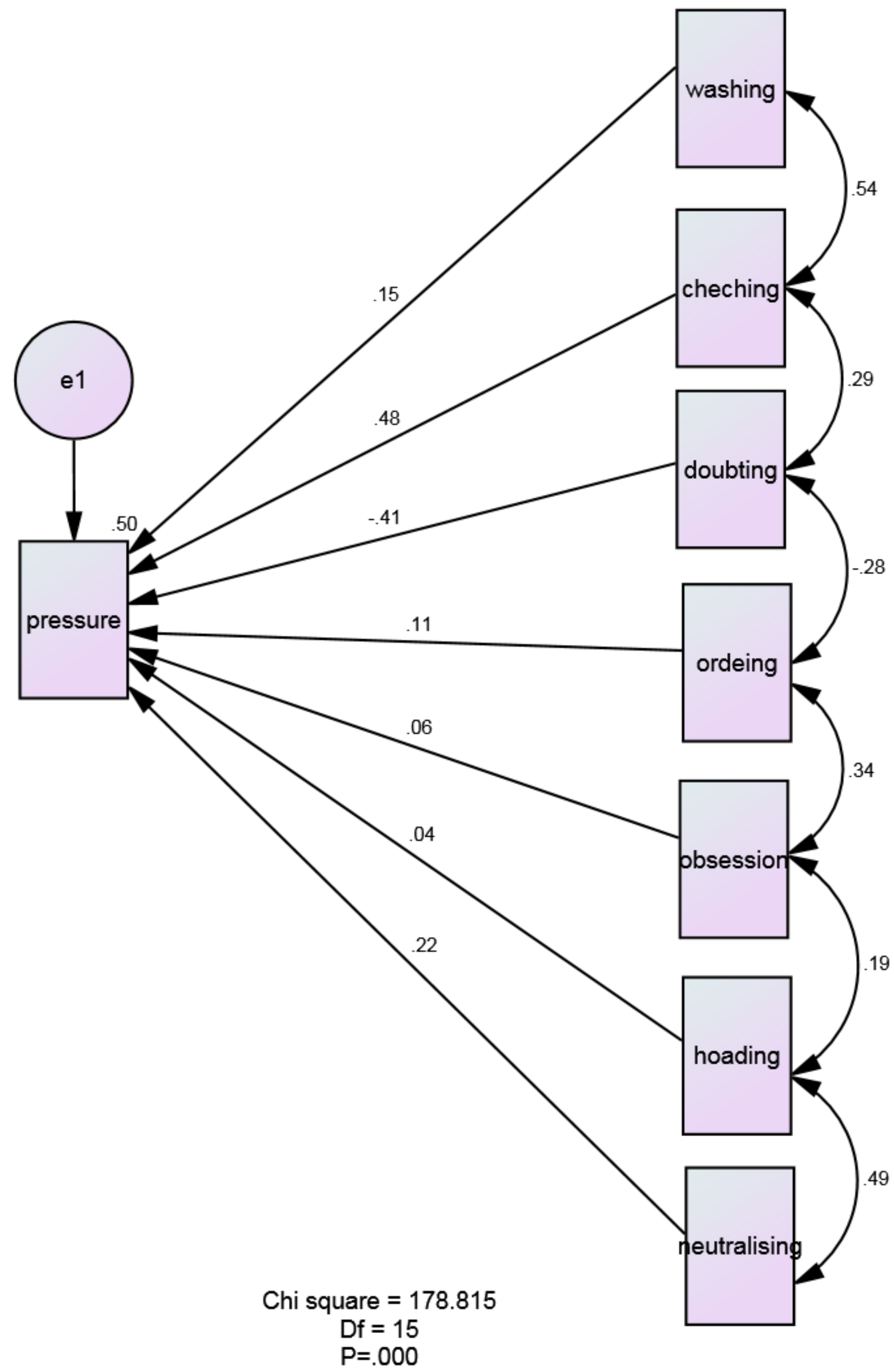
- ٠,٤*٠,٤٤=٠,١٧ وهذا يعني أنه يوجد تأثير غير مباشر من الترتيب إلى الضغوط النفسية والمهنية مروراً بالهواجس، وهذا يعني توسط الهواجس في العلاقة بين الترتيب كأحد أعراض الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، لأن قيمة التأثير غير المباشر تعادل ثلاثة أضعاف قيمة التأثير المباشر للترتيب في الضغوط النفسية والمهنية بدون توسط الهواجس. تعزو الباحثة ذلك إلى أن الترتيب يؤثر بشكل غير مباشر عن طريق الهواجس فهي أفكار سيئة عن عدم

وضع كل قطعة في مكانها مثلاً، وتخرج الهواجس لحيز التنفيذ من خلال الترتيب، لأنهم يخافون من حدوث اصطدامات مع زملائهم في العمل أو مع عائلاتهم، فيقومون بترتيب كل ما حولهم خوفاً من الضياع، ولخفض التوتر مما يزيد الضغوط.

عرض الفرضية الرابعة عشروتفسيرها:

يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للوسواس القهري في الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الممرضين.

أولا: التأثيرات المباشرة لأعراض الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الممرضين:



الشكل (١٤) التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لأبعاد الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية

أن المسار من الغسل إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,١٥ وهو دال إحصائياً، وأن المسار من الفحص إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,٤٨ وهو دال إحصائياً، والمسار من الشك والارتياب إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,٤١ وهو دال إحصائياً، والمسار من الترتيب إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,١١ وهو دال إحصائياً، والمسار من الهواجس إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,٠٦ وهو دال إحصائياً، والمسار من التحييد إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين = ٠,٢٢ وهو دال إحصائياً، أي أن الغسل والفحص والشك

والارتياب والترتيب والهواجس والتحييد كأحد أعراض الوسواس القهري تؤثر بشكل مباشر بالضغوط النفسية والمهنية، أما المسار من التضخيم إلى الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين =٠,٠٤ غير دالة إحصائياً، أي أن التضخيم كأحد أعراض الوسواس القهري لا تؤثر بشكل مباشر بالضغوط النفسية والمهنية. وبالتالي فأن أعراض الوسواس القهري (الغسل والفحص والشك والارتياب والترتيب والهواجس والتحييد) أسبق بالتأثير من التضخيم لأنها تأثر بشكل مباشر دون الحاجة إلى وسيط. إن ممارسة طقوس الغسل تستهلك كثير من الوقت والجهد مما يؤثر بشكل مباشر بالضغوط. أما في الفحص يجعل الممرضات يهملون المرضى المسؤولين عنهم، فينتج عن ذلك خلافات مع الزملاء في العمل والمرضى فيأثر بشكل مباشر بالضغوط. وفي بعد الشك والارتياب تبقى الممرضات خائفات من أنهن أنجزن كل أعمالهن على أكمل وجه مما يؤثر بالضغوط. وفي بعد الترتيب تسعى الممرضات للحفاظ على كل شيء في مكانه مما يجعلها على خلاف مع من حولها من الزملاء إلى المرضى يؤثر بشكل مباشر بالضغوط. في بعد الهواجس تبقى الممرضات لديهن هواجس في ظل هذه الأزمة بالنسبة لعائلاتهم وأنفسهم وعملهم ومستقبل فيؤثر بشكل مباشر بالضغوط. أما بعد التحييد لدى الممرضات يظهر من خلال محاربتهن لوساوسهن ويفشلن ويبقين في صدام مع أنفسهن مما يؤثر بشكل مباشر بالضغوط.

ثانياً: التأثيرات غير المباشرة لأعراض الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية لدى عينة المرضين:

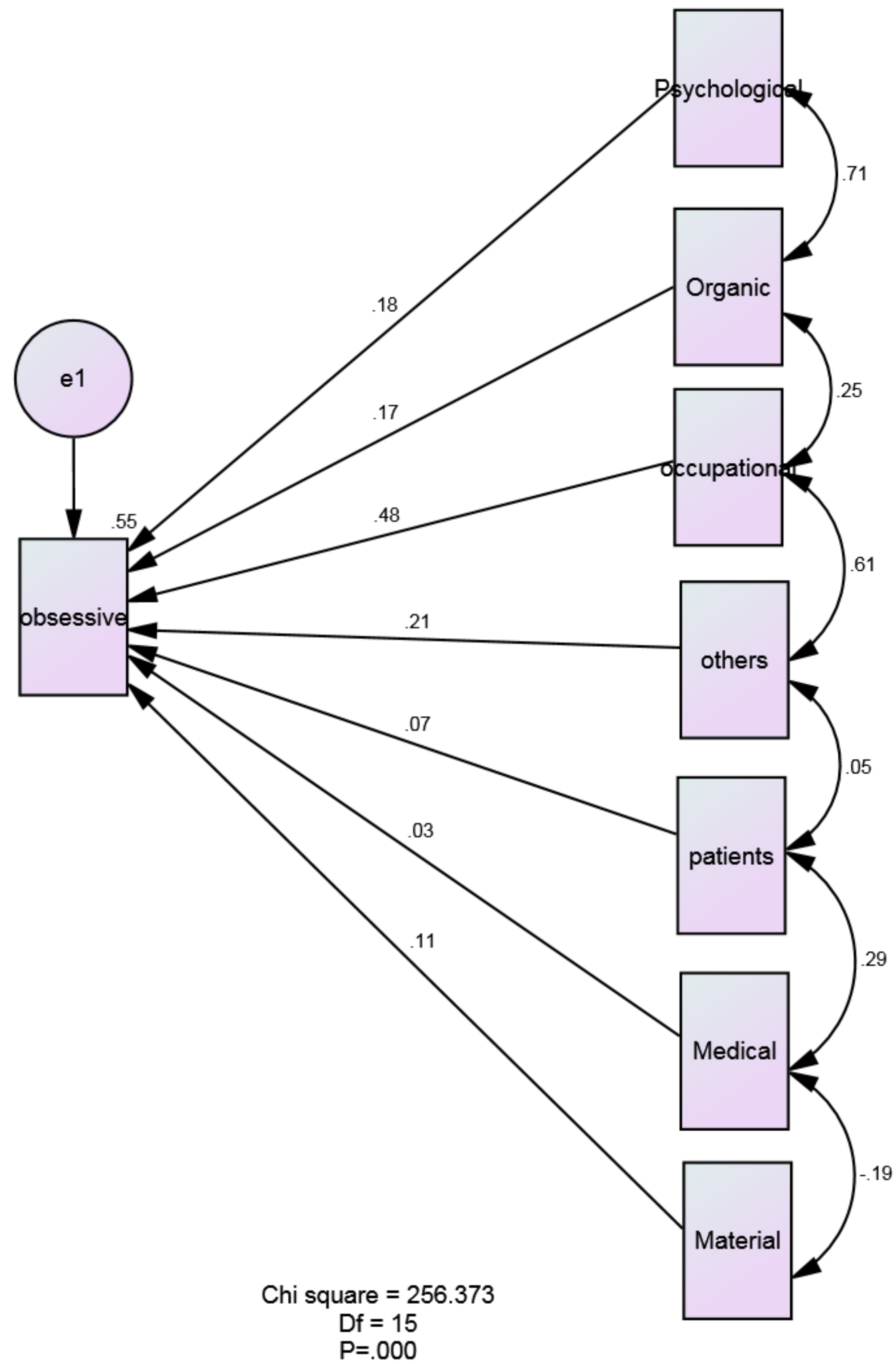
يلاحظ من الشكل (١٤) بالنسبة لتأثير التضخيم في الضغوط النفسية والمهنية مروراً بالتحييد كوسيط، يتكون هذا التأثير من حاصل ضرب معاملات الانحدار في هذين المسارين وبذلك يكون التأثير غير المباشر للتضخيم في حالة توسط التحييد على الضغوط النفسية والمهنية كما يلي:

- ٠,٤٩*٠,٢٢=٠,١٠ وهذا يعني أنه يوجد تأثير غير مباشر من التضخيم إلى الضغوط النفسية والمهنية مروراً بالتحييد، وهذا يعني توسط التحييد في العلاقة بين التضخيم كأحد أعراض الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، لأن قيمة التأثير غير المباشر تعادل ثلاثة أضعاف قيمة التأثير المباشر للتضخيم في الضغوط النفسية والمهنية بدون توسط التحييد. إن الممرضات أثناء محاولتهن تحييد وساوسهن يقعن في التضخيم مما يزيد الوسواس القهري عندهن فيؤثر بشكل غير مباشر بالضغوط.

عرض الفرضية الخامسة عشر وتفسيرها:

يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للضغوط النفسية والمهنية في الوسواس القهري لدى عينة الأطباء.

أولا: التأثيرات المباشرة للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري لدى عينة الأطباء:



الشكل (١٥) التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري

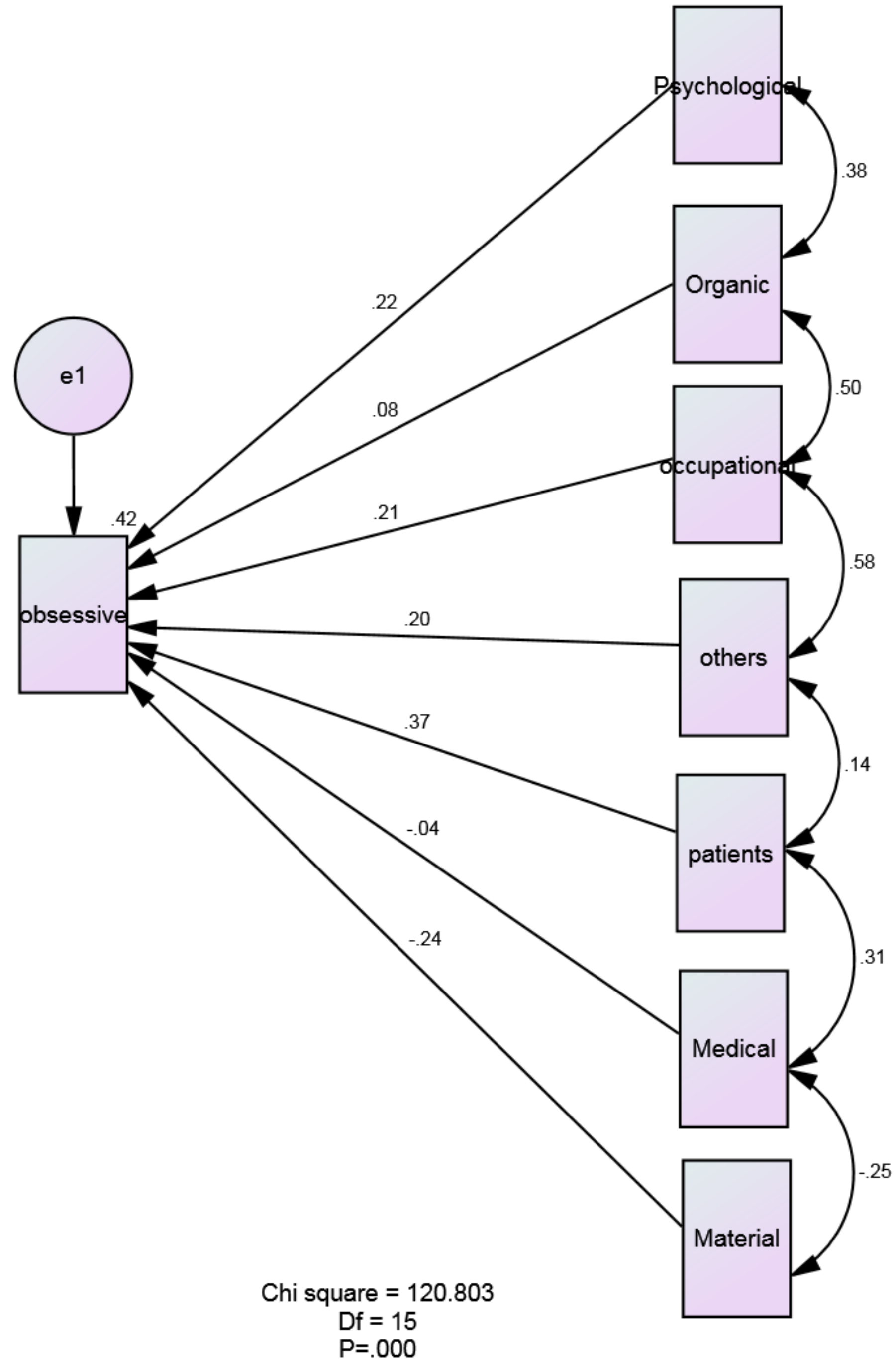
أن المسار من البعد النفسي إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,١٨ وهو دال إحصائياً، وأن المسار من البعد العضوي إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,١٧ وهو دال إحصائياً، والمسار من البعد المهني إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,٤٨ وهو دال إحصائياً، والمسار من بعد العلاقة مع الآخرين إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,٢١ وهو دال إحصائياً، والمسار من العلاقة مع المرضى إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,٠٧ وهو دال إحصائياً، والمسار من المستلزمات الطبية إلى الوسواس القهري عند الأطباء = ٠,٠٣ وهو دال إحصائياً، والمسار من البعد المادي إلى الوسواس القهري

عند الأطباء=٠,١١ وهو دال إحصائياً، وبالتالي فأن البعد النفسي والعضوي والمهني والعلاقة مع الآخرين والعلاقة مع المرضى والبعد المستلزمات الطبية والمادي كأبعاد للضغوط النفسية والمهنية تؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري دون الحاجة إلى وسيط. حيث تعزو الباحثة ذلك إلى أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأطباء فيصبحون سريعو التحول في مزاجهم وانفعالاتهم، وتظهر عليهم أعراض القلق، الاكتئاب، وفي أقصى درجاته يتحول إلى احتراق نفسي مما يؤثر بشكل مباشر في ظهور الوسواس القهري. وفي البعد العضوي حيث تتأثر الحالة الصحية للأطباء بالضغوط فتظهر بشكل صداع، أمراض قلب، اضطرابات الجهاز العصبي والهضمي، اضطرابات جلدية، مما يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. أما البعد المهني هو يتعلق بمشكلات المهنة والتي تشمل العلاقات مع الإدارة والزملاء والمرضى والرفض النفسي للوظيفة، حيث إن هذه الضغوط لها تأثير مباشر بالوسواس القهري. أما بعد العلاقة مع الآخرين قد تحدث مشاحنات بين الزملاء في العمل أو تنافس في الترقية أو في استلام أقسام معينة، فتظهر الضغوط وتأثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وفي بعد العلاقة مع المرضى قد تضطرب العلاقة بين الطبيب والمريض دون قصد من الطبيب كما حدث أمام الباحثة، والحادثة حيث تم تحضير مريض لإجراء عملية، ولكن أصبحت الساعة١١صباحاً والمريض ينتظر واتهم الطبيب بالتقصير ولكن الطبيب منذ الصباح الباكر وهو يجري اتصالات مع قسم العمليات ليحصل على غرفة فارغة لإجراء العملية ولم يجد، والمريض كل فترة يسأل لأنه يشعر بالجوع، وإن الطبيب المسؤول شعر بتأنيب الضمير ولكن ليس بإمكانه التصرف حيال ذلك، إن ضغوط العلاقة مع المرضى تزداد لتؤثر بالوسواس القهري. وفي بعد المستلزمات الطبية حيث يشعر الأطباء بتوتر إذا لم تتوفر أو إذا حدث إي عطل للأجهزة الطبية فيتعامل الأطباء بحرص وحذر واهتمام مع الأجهزة الطبية مما يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. أما في البعد المادي إن الظروف المادية الصعبة التي تمر بها البلاد من ارتفاع أسعار تجعل فكره الأطباء مشغول بتأمين أساسيات العيش مما يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وأثبتت دراسة أبو غزالة أن الضغوط النفسية يرتبط بكل من سمة توهم المرض والهستيريا وأعراض المخاوف المرضية والوسواس القهري، وأعراض الفصام، وأعراض الهوس الخفيف، وأعراض الانطوائية والعزلة والبعد عن الآخرين (أبو غزالة،١٩٩٩).

عرض الفرضية السادسة عشر وتفسيرها:

يوجد تأثير مباشر دال أو تأثير غير مباشر دال للضغوط النفسية والمهنية في الوسواس القهري لدى عينة الممرضين.

أولا: التأثيرات المباشرة للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري لدى عينة الممرضين:



الشكل (١٦) التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري

أن المسار من البعد النفسي إلى الوسواس القهري عند الممرضين = ٠,٢٢ وهو دال إحصائياً، والمسار من البعد المهني إلى الوسواس القهري عند الممرضين = ٠,٢١ وهو دال إحصائياً، والمسار من بعد العلاقة مع الآخرين إلى الوسواس القهري عند الممرضين = ٠,٢٠ وهو دال إحصائياً، والمسار من العلاقة مع المرضى إلى الوسواس القهري عند الممرضين = ٠,٣٧ وهو دال إحصائياً، والمسار من المستلزمات الطبية إلى الوسواس القهري عند الممرضين = ٠,٠٤ وهو دال إحصائياً، والمسار من البعد المادي إلى الوسواس القهري عند الممرضين=٠,٢٤ وهو دال إحصائياً، وبالتالي فإن البعد النفسي

والمهني والعلاقة مع الآخرين والعلاقة مع المرضى والبعد الطبي والمادي كأبعاد للضغوط النفسية والمهنية تؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري دون الحاجة إلى وسيط.

بينما البعد العضوي كأحد أبعاد الضغوط النفسية والمهنية لا تؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وبالتالي فأن أبعاد الضغوط النفسية والمهنية (البعد النفسي والمهني والعلاقة مع الآخرين والعلاقة مع المرضى والمستلزمات الطبية والبعد المادي) أسبق بالتأثير من البعد العضوي لأنها تأثر بشكل مباشر دون الحاجة إلى وسيط. بالنسبة للبعد النفسي لدى الممرضات حيث يعانون من ضغوط نفسية كبيرة تثير الجهاز العصبي اللاإرادي والغدد الصماء، وتسبب زيادة في إفراز الأدرينالين، وتزيد من معدل ضربات القلب، والقلق، مما يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وفي البعد المهني إن الضغوط في العمل مثل أصوات الإنذار المترفقة بوجود حالات خطيرة، تؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري، وفي بعد العلاقة مع الآخرين حيث ضغط الحفاظ على علاقات جيدة مع الزملاء والمدراء يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وبالنسبة لبعد العلاقة مع المرضى، قد يحدث مشاكل بين الممرضات والمرضى، إذ طلب المريض الطبيب من الممرضة لسؤال عادي وليس حالة إسعافيه ولم تحضره يبدأ بلوم الممرضة علماً أنه قد يكون الطبيب غير موجود أو في العمليات، مما يؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وفي بعد المستلزمات الطبية تعاني الممرضات من ضغوط في الحفاظ على سلامة الأجهزة الطبية، مما يسبب ضغط كبير ويؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وبالنسبة للبعد المادي إن الممرضات يعانين من ظروف اقتصادية صعبة وجراء تلك الضغوط تؤثر بشكل مباشر بالوسواس القهري. وأكد على ذلك دراسة جيرسيسGurses (٢٠٠٥) وجود علاقة مباشرة بين عقبات وإدراك العمل، وعقبات العمل وإدراك جودة بيئة العمل، وعقبات العمل وإدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة، عقبات العمل مثل ضيق مساحة العمل، نقل المعدات أو ملفات المرضى، عدم تخزين المعدات بشكل جيد، وعدم كفاية المعلومات المقدمة من قبل الأطباء حول الحالة، وعدم تنظيم بيئة العمل، كانت جميعها ترتبط بشكل بارتفاع إدراك عبئ العمل، وقلة إدراك جودة بيئة العمل، وقلة إدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى.

ثانياً: التأثيرات غير المباشرة للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري لدى عينة المرضين:

يلاحظ من الشكل (١٦) بالنسبة لتأثير البعد العضوي في الوسواس القهري مروراً بالبعد المهني كوسيط، يتكون هذا التأثير من حاصل ضرب معاملات الانحدار في هذين المسارين وبذلك يكون التأثير غير المباشر للبعد العضوي في حالة توسط البعد المهني على الوسواس القهري كما يلي:

- ٠,٥٠*٠,٢١=٠,١٠ وهذا يعني أنه يوجد تأثير غير مباشر من البعد العضوي إلى الوسواس القهري مروراً بالبعد المهني، وهذا يعني توسط البعد المهني في العلاقة بين البعد العضوي كأحد أبعاد الضغوط النفسية والمهنية والوسواس القهري، لأن قيمة التأثير غير المباشر تعادل ثلاثة

أضعاف قيمة التأثير المباشر للبعد العضوي في الوسواس القهري بدون توسط البعد المهني. ويعود السبب في ذلك إلى أن الضغوط المهنية منها مكان العمل، واضطراب العلاقة مع الزملاء والمرضى، حيث إن تلك الضغوط تظهر بشكل اضطرابات عضوية مثل أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، وزيادة معدل التنفس، وفقدان للطاقة، إن البعد العضوي يؤثر بشكل غير مباشر بالوسواس القهري عن طريق وسيط البعد المهني.

-نتائج الدراسة الإكلينيكية (المقابلة، دراسة الحالة) مع التعقيب عليها:

عرض الفرضية السابعة عشر وتفسيرها:

-لا يوجد تباين بين الأطباء والممرضين فيما يتعلق بالعوامل الشعورية واللاشعورية كما تقيسها المقابلة الإكلينيكية ودراسة الحالة في كل من الوساوس القهرية والضغوط النفسية.

للإجابة على الفرضية قامت الباحثة بإجراء المقابلة ودراسة الحالة كما يلي:

الحالة(١) س

عندما كانت الباحثة تطبق المقاييس في مشفى المواساة لاحظت ممرضة تقف على باب غرفة مكتوب عليها وظائف الرئة ترش كحول على مقبض الباب ثم على يديها، وسألتها الباحثة عن إمكانية إجراء مقابلة معها، وتطبيقها للمقياس وافقت واشترطت أنا أسألها وهي تجيب، لكيلا تتسخ يديها من الجراثيم فجلسنا عل كرسيان مقابل بعضنا البعض ،وبدأت تجيب ولكن بعد مضي ربع ساعة بدأت بفرك يديها واستأذنت وغسلت يديها، لأنهما تجرثمتا من الهواء في الغرفة لأن هذه الغرفة هي مسؤولة عنها، ويدخلها مرضى وقد يصابون بالسعال وينتشر الرذاذ في الغرفة، وقالت أنها مرتاحة لأنها تجد من يسمعها ويفهمها، حيث تم إجراء مقابلة ودراسة حالة بعد حصول الممرضة على درجة مرتفعة على مقياس الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، ولقد كانت الباحثة عند الانتهاء من كل قصة تقوم بإعادتها وتلخيصها، ولقد نظرت س إلى الأرض ودمعت عينها عندما حدثتني عن ماضيها في المدرسة وعن زواج والدها بأخرى، وبعدها مباشرة تأكدت من جميع الأجهزة أنها مطفأة، ثم غسلت يديها ووضعت كحول وعرضت علي أن تضع لي كحول، ولقد قامت الباحثة بأخذ كل المعلومات التي تريدها وشكرت س وأعلنت س عن استعدادها لأي أسئلة أخرى وتطبيق مقاييس أخرى.

المقابلة المقننة:

١-البيانات العامة:

الاسم: س　　　　　　العمر :٤٩

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: متزوجة

٢-الجانب الأسري:

أ-هل والدك على قيد الحياة؟ نعم　　　　　　-كم عمره ؟٧٥سنة

-ما هو عمله؟ مدرس -ما هو مستواه التعليمي؟ ثانوي

-كيف تصف علاقتك بوالدك؟ اهمال

ب--هل والدتك على قيد الحياة؟ لا -كم عمرها؟ ----

ما هو عملها؟ ربة منزل ما هو مستواها التعليمي؟ أمية

-كيف تصف علاقتك بوالدتك؟ حب

ج-هل لديك اخوة؟ نعم -ماعددهم؟٦

-ما هو ترتيبك بينهم؟٥

-كيف هي علاقتك بكل اخ من اخوتك؟

الاخ الاول: جيدة جداً الثاني: جيدة الثالث: جيدة الرابع مقبولة الخامس: جيدة

-كيف ينظرون للشكوى (الاهتمام بالنظافة) التي تعاني منها؟ غير طبيعية

-هل عشت بعيدا عن اسرتك في وقت من الاوقات؟ لا

ان كانت الاجابة نعم: هل شعرت بالقلق وانت بعيد عنهم؟ نعم ----- لا-------

-هل تشعر بالراحة عندما تغيب عن اجواء المنزل؟ لا

٣-الطفولة:

-هل كنت تعاني من أي مشكلات في الطفولة؟ عصبية---انطوائية----قلق------عدوانية------اهمال---/-اساءة------

-هل اصبت بأمراض استدعت نقلك الى المشفى؟ نعم ------ لا---/----

ماهي؟

هل كان لديك أصدقاء في تلك الفترة؟ نعم-----/-- لا--------

كيف كانت علاقتك بهم؟ مشاكسة---/-- خضوع--------- تسلط------ حب-----

هل كان معظمهم: أكبر منك سنا"------ أصغر منك---------- في نفس العمر--/----

٤-الجانب التعليمي:

-كم كان عمرك عندما دخلت الى المدرسة ؟٦سنوات

-ماهي الالعاب التي كنت تفضلها في المدرسة؟ الاختباء

هل كانت لديك الرغبة بتزعم الاخرين؟ نعم----- لا---/-----

-كيف كان مستواك التحصيلي؟ جيد------ وسط----/---ضعيف-------

-ما المواد التي كنت تفضلها؟

رياضيات----- علوم ---- لغات اجنبية ----- مواد أدبية -/--- فنية------رياضية-----

- كيف كنت تنظر الى ادارة المدرسة؟

احترام------ خضوع--------كره ---------- لامبالاة---------خوف-----/----

-كيف كنت تنظر الى معلميك؟

احترام----- خضوع------كره -------- لامبالاة-----------خوف----/-----
-هل كان سلوكك داخل المدرسة كما كان خارجها؟ نعم---- لا--/-----
-هل كانت اسرتك تحثك على الاجتهاد في المدرسة؟ نعم ----/-- لا--------

٥-الجانب المهني:

-ما هو عملك الحالي؟ ممرضة -هل انت مرتاحة فيه؟ نعم ---/-- لا---- لا أبالي------
-منذ متى وانت في هذا العمل؟٢٩سنة
- ما الذي دفعك لهذا العمل؟ الرغبة الشخصية----- رغبة الاهل------ اخرى-----العلامات
-هل غيرت مهنتك سابقا؟ نعم----- لا---/-----
ان كانت الاجابة نعم: ما السبب؟ -هل لديك طموح لتحسين وضعك المهني؟ نعم-/-- لا----
-ما الذي يعيقك من تحقيق ذلك؟ الظروف
-ما هو مستوى ادائك الحالي في المهنة؟ ممتاز--- جيد جدا--/-جيد---مقبول--اقل من ذلك---

٦-الاهتمامات والعادات:

-ما الذي تفعله في اوقات فراغك؟
نوم--- مشاهدة تلفاز----/--- ممارسة رياضة---- جلوس مع الاصدقاء---- جلوس مع العائلة------- اخرى-------
-هل لديك أصدقاء مقربين؟ نعم------ لا-----/---
كيف تقضي الوقت معهم؟ زيارات رسمية
-هل لديك أي من العادات التالية:
تدخين------- كحول--------- لعب ورق------- أخرى اهتمام بالنظافة
-هل تمارس عاداتك بشكل: يومي----/---- اسبوعي------- شهري--------- أكثر----

٦-الجانب الجنسي:

كيف هي علاقتك بالجنس الاخر؟
تقبل --/--- حب----- اهتمام-----كره------لامبالاة--------غيرها----------
هل لديك أية علاقات جنسية؟ نعم---/--- لا----------
قبل الزواج---------- بعد الزواج---/----------

٧-الامراض والحوادث:

-هل سبق وعانيت من أية امراض او شدات معينة؟ نعم---/--- لا-------
-ماهي؟ وفاة والدتها، زواج والدها بأخرى
-هل طلبت مساعدة أحد في التخلص منها؟ نعم ------ لا--/-----
-كيف تم العلاج؟ دوائي------- نفسي------- دوائي ونفسي------- غير ذلك تقبل الواقع
-هل لها أية آثار باقية على المستويين الجسمي والنفسي عليك حتى الان؟ نعم---/--- لا-------

٨-المخاوف والقلق:

-هل هناك أشياء تخيفك أو تقلقك؟ نعم----/--- لا--------- أحيانا--------

-ماهي؟ الخوف من الجراثيم، والموت والإصابة بالحوادث والقذائف وأن يصاب أحد أولادها بأي مكروه.

٩-المزاج والمشاعر:

-كيف تكون حالتك عندما تستيقظ صباحا؟

حزين--------- سعيد----------- غاضب--/------ غير ذلك---------------

-الاعراض الجسمية:

- هل تعاني من ألم ما؟ نعم ----/-- لا---------

- ما الذي تفعله حياله؟ تناول مسكنات

١٠-النوم والاحلام:

- كيف هو نومك؟ مضطرب------- عادي--/-------

-هل تعاني من الأرق أو أية صعوبات في النوم؟ نعم------- لا--------- أحيانا--/----

-هل تعاني من الكوابيس الليلية؟ نعم ----/---- لا-----------

١١-صورة الذات:

-ما الصفة التي تحبها في ذاتك؟ الاهتمام بالنظافة -ما الصفة التي تكرهها في ذاتك؟ التأخر

-ما الذي تفعله بصورة جيدة بالنسبة الى المحيطين بك؟ النظافة

-هل تحب ذاتك؟ نعم --------- لا---------- أحيانا---/------

١٢-ماهي الشكوى الحالية؟ لا يوجد

-ماهي الاعراض التي تعاني منها؟ جسدية: تحسس بسبب استخدام المعقمات والكحول، نفسية: الإرهاق

-متى بدأت الحالة معك؟ منذ ٣٠سنة

-هل تشعر بأنها: تزداد ---/----- تتناقص-------- ثابتة-----------

--هل لديك أحد من أقاربك لديه نفس الشكوى؟ نعم------- لا----/-----

-هل راجعت متخصصا للعلاج؟ نعم------ لا---/-----

-ان كانت الاجابة نعم: هل شعرت بتحسن بعد هذه المراجعة؟ نعم--------- لا---------

-هل كانت هناك أية أحداث اجتماعية او شخصية وقعت قبل ظهور الشكوى؟ نعم --/-- لا-----

ان كانت الاجابة نعم: ماهي؟ زواج والدها بأخرى

تعقيب على المقابلة الإكلينيكية:

بعد إجراء المقابلة الإكلينيكية مع الممرضة، تمكنت الباحثة من استخلاص بعض الجوانب المختلفة والمتعلقة بهذه الحالة، حيث اتسمت الصورة التي تكونها س عن نفسها بالسلبية من خلال تقيمها لذاتها، ولديها حاجات غير مشبعة كالأمان والتفهم والحب منذ الطفولة، حيث ساهم في ذلك الجو الأسري السيء التي مرت به س وإهمال أبيها لها، والظروف الحياتية الصعبة التي مرت بها، إن الوساوس التي تعاني منها س لها اضرار نفسية عميقة،

وقد أثر ذلك على حياتها الاجتماعية فهي تعيش في معزل عن الوسط الاجتماعي غارقة بوساوسها، ويوجد آثار على الجانب الاقتصادي حيث تتأخر على عملها مما يسبب لها الضيق وتهدر وقتها وإنفاق الأموال على المعقمات والمطهرات ولا تمارس أي نشاطات أخرى مما يزيد من عزلتها، وقد انعكست على الجانب الصحي حيث ظهر لديها حساسية من المعقمات والكحول، والحالة س تعاني من وساوس النظافة حيث تخاف من التلوث والأوساخ، س تعاني من الانطوائية لأنها غارقة في ذاتها، نلاحظ أن س تعاني من ضغط داخلي يدفعها جبراً إلى القيام بها دونما إرادة واختيار منها، وتسعى من خلال التكرار إلى تسكين توتراتها النفسية، وهي تحاول إيجاد مسوغاتها لتبرير أفعالها، وقد ازدادت الوساوس بسبب الضغوط في العمل خصوصاً استلامها لأجهزة ومسؤوليتها عنها مما يؤدي لتعزيز وساوسها، إن الضغط النفسي والمهني لدى س له تأثير سلبي على نفسية وسلوك س، إن القرار المتخذ من س جراء هذه الوساوس والضغوط هو التجاهل وعدم الانفعال والغرق في الوساوس للتخفيف من توترها.

الحالة(٢) ع

عندما كانت الباحثة تطبق المقاييس في مشفى الأسد الجامعي سألت طبيب إذ لديه الوقت لتطبيق المقاييس فقال نعم، ولكن يحتاج بعض الوقت لينهي كتابة تقرير وأثناء انتظارها لاحظت أنه يكتب التقارير بأقلام ملونة ويعيد كل قلم بترتيب معين، ويسطر على الورق الفارغ كي يكتب عليه ثم يقوم بمحيه بعد إنهاء الكتابة، وثم سأله زملائه إن كان يرغب بالنزول لتناول وجبة الغذاء، لكنه رفض وقال إن الأكل غير مرتب، ونبه زميله إلى زر ردائه بحاجة للإصلاح، وأثناء ذلك استخدمت ممرضة الهاتف وتحدثت مع عائلتها وبعد إنهاء المكالمة أنزعج الطبيب، وقال أنها غير مرتبة لأنها لم تعد الهاتف لمكانه وقال كيف هي في منزلها إذا، وبعد انتهائه من عمله طلب الإجابة على المقاييس، وأعجبته المربعات لأنها تساعد على الترتيب، وبدء يستخدم المسطرة بالإجابة كي تكون الورقة مرتبة، وكان كل ١٠دقائق يكرر كلمة وهي (سيدو)،ويعلق أن المقياس رائع وبعد الانتهاء قال سيدو ألديك أي مقاييس أخرى أو أسئلة أخرى، حيث تم إجراء مقابلة ودراسة حالة بعد حصول الطبيب على درجة مرتفعة على مقياس الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، قلت له نعم إذا لديك وقت قال أنه مستعد وبدأنا التطبيق والأسئلة، وكانت ترتسم ابتسامة على وجهه وتلمع عينيه عندما يذكر والدته وكان يتكلم بفخر عن نفسه بأن ليس لديه أصدقاء، فهم يغارون منه ولكنه كان منزعج عندما ذكر علاقته السيئة بأخوته، لأنهم يغارون منه وينزعجون من ترتيبه، وكان يجلس على كرسي له دواليب عندما يتحرك عن مكان معين يعود له ليحافظ على مكانه، ولقد قامت الباحثة بأخذ كل المعلومات التي تريدها وشكرت ع، وأعلن ع عن استعداده لأي أسئلة أخرى وتطبيق مقاييس أخرى.

المقابلة الإكلينيكية:

١-البيانات العامة:

الاسم: ع   العمر :٣٣سنة

الجنس: ذكر   الحالة الاجتماعية: أعزب

٢-الجانب الأسري:

أ-هل والدك على قيد الحياة؟ نعم -/-- لا --- -كم عمره ؟٥٩سنة

-ما هو عمله؟ مدرس -ما هو مستواه التعليمي؟ جامعي وما فوق

-كيف تصف علاقتك بوالدك؟ حب ---- تسلط ---- قسوة--/--- لين وتساهل----- اهمال---
بين القسوة واللين-----

ب-هل والدتك على قيد الحياة؟ نعم --/--- لا--------

-كم عمرها؟٥٦ سنة ما هو عملها؟ مدرسة

ما هو مستواها التعليمي؟ معهد صف خاص

-كيف تصف علاقتك بوالدتك؟ حب --/-- تسلط ----- قسوة------- لين وتساهل--------
- اهمال--------- بين القسوة واللين-----

ج-هل لديك اخوة؟ نعم--/---- لا-------

-ما عددهم؟ ٤ -ما هو ترتيبك بينهم؟ الأول

-كيف هي علاقتك بكل اخ من اخوتك؟

الثاني: ممتازة الثالث: جيدة الرابع: جيدة الخامس: مقبولة

-هل عشت بعيدا عن اسرتك في وقت من الاوقات؟ نعم -/-- لا-----

ان كانت الاجابة نعم: هل شعرت بالقلق وانت بعيد عنهم؟ نعم ---/-- لا-------

-هل تشعر بالراحة عندما تغيب عن اجواء المنزل؟ نعم ----- لا----/---

٣-الطفولة:

-هل كنت تعاني من أي مشكلات في الطفولة؟ عصبية---انطوائية--/---قلق------عدوانية--
----اهمال---اساءة------

-هل اصبت بأمراض استدعت نقلك الى المشفى؟ نعم ------ لا----/---

ماهي؟

هل كان لديك أصدقاء في تلك الفترة؟ نعم---/---- لا--------

كيف كانت علاقتك بهم؟ مشاكسة----- خضوع-------- تسلط-----/--- حب---------

هل كان معظمهم: أكبر منك سنا"------ أصغر منك------- في نفس العمر---/------

٤-الجانب التعليمي:

-كم كان عمرك عندما دخلت الى المدرسة؟ ٧سنوات

-ماهي الالعاب التي كنت تفضلها في المدرسة؟ شطرنج

هل كانت لديك الرغبة بتزعم الاخرين؟ نعم---/-- لا--------

-كيف كان مستواك التحصيلي؟ جيد---/--- وسط-------ضعيف-------

-ما المواد التي كنت تفضلها؟

رياضيات----- علوم ---/--- لغات اجنبية -------- مواد أدبية -------- فنية------
-----رياضية--------

- كيف كنت تنظر الى ادارة المدرسة؟

احترام---/--- خضوع----كره --------- لامبالاة-----------خوف----------

-كيف كنت تنظر الى معلميك؟

احترام----/-- خضوع-----كره ------- لامبالاة-----------خوف----------

-هل كان سلوكك داخل المدرسة كما كان خارجها؟ نعم---/-- لا-------

-هل كانت اسرتك تحثك على الاجتهاد في المدرسة؟ نعم ----/-- لا--------

٥-الجانب المهني:

-ما هو عملك الحالي؟ طبيب   -هل انت مرتاح فيه؟ نعم ---/-- لا---- لا أبالي-----

-منذ متى وانت في هذا العمل؟ ٨سنوات

- ما الذي دفعك لهذا العمل؟ الرغبة الشخصية---/-- رغبة الاهل------ اخرى----------

-هل غيرت مهنتك سابقا؟ نعم----- لا---/-----

ان كانت الإجابة نعم: ما لسبب؟

-هل لديك طموح لتحسين وضعك المهني؟ نعم-----/---- لا--------

-ما الذي يعيقك من تحقيق ذلك؟ الوضع المالي

-ما هو مستوى ادائك الحالي في المهنة؟ ممتاز -- جيد جدا-/--جيد---مقبول--اقل من ذلك---

٦-الاهتمامات والعادات:

-ما الذي تفعله في اوقات فراغك؟

نوم------- مشاهدة تلفاز--/----- ممارسة رياضة------- جلوس مع الاصدقاء-----
- جلوس مع العائلة------- اخرى ألعب الشطرنج

-هل لديك أصدقاء مقربين؟ نعم------ لا---/----

-كيف تقضي الوقت معهم؟ ألعب الشطرنج

-هل لديك أي من العادات التالية:

تدخين---/أحياناً--- كحول--------- لعب ورق---------

-هل تمارس عاداتك بشكل: يومي--------- اسبوعي---/--- شهري------- أكثر-------

٦-الجانب الجنسي:

كيف هي علاقتك بالجنس الاخر؟

تقبل --- حب---- اهتمام------كره-----لامبالاة--------غيرها--- عادي

هل لديك أية علاقات جنسية؟ نعم------- لا----/------

قبل الزواج---------- بعد الزواج-------------

٧-الامراض والحوادث:

-هل سبق وعانيت من أية امراض او شدات معينة؟ نعم----/--- لا-------

ماهي؟ مرض والدته

-هل طلبت مساعدة أحد في التخلص منها؟ نعم ------ لا----/---

-كيف تم العلاج؟ دوائي------- نفسي------- دوائي ونفسي------- غير ذلك اهتم بإخوته

-هل لها أية آثار باقية على المستويين الجسمي والنفسي عليك حتى الان؟ نعم----- لا-----/----

-٨-المخاوف والقلق:

-هل هناك أشياء تخيفك أو تقلقك؟ نعم----/--- لا--------- أحيانا--------

-ماهي؟ الشجار مع الإدارة، الخوف من فقدان أحد أفراد الأسرة، موت المرضى أثناء العمليات، تشخيص خاطئ.

٩-المزاج والمشاعر:

-كيف تكون حالتك عندما تستيقظ صباحا؟

حزين-----/--- سعيد----------- غاضب-------- غير ذلك---------------

-الاعراض الجسمية:

- هل تعاني من ألم ما؟ نعم ---/--- لا--------

-ما الذي تفعله حيال ذلك؟

١٠-النوم والاحلام:

- كيف هو نومك؟ مضطرب---/---- عادي---------

-هل تعاني من الأرق أو أية صعوبات في النوم؟ نعم------- لا--------- أحيانا---/----

-هل تعاني من الكوابيس الليلية؟ نعم -----/--- لا----------

١١-صورة الذات:

-ما الصفة التي تحبها في ذاتك؟ الترتيب

-ما الصفة التي تكرهها في ذاتك؟ القلق

-ما الذي تفعله بصورة جيدة بالنسبة الى المحيطين بك؟ الاهتمام بهم

-هل تحب ذاتك؟ نعم -----/--- لا---------- أحيانا---------

-ماهي الاعراض التي تعاني منها؟ جسدية: الصداع، نفسية: الارهاق

-متى بدأت الحالة معك ؟٦سنوات

-هل تشعر بأنها: تزداد ---/----- تتناقص--------- ثابتة----------

-هل لديك أحد من أقاربك لديه نفس الشكوى؟ نعم------- لا----/-----

-هل راجعت متخصصا للعلاج؟ نعم------ لا----/----

-ان كانت الاجابة نعم: هل شعرت بتحسن بعد هذه المراجعة؟ نعم-------- لا---------

-هل كانت هناك أية أحداث اجتماعية او شخصية وقعت قبل ظهور الشكوى؟ نعم --/--لا----

إن كانت الإجابة نعم: ماهي؟ مرض والدته

تعقيب على المقابلة الإكلينيكية:

بعد إجراء المقابلة الإكلينيكية مع الطبيب، تمكنت الباحثة من استخلاص بعض الجوانب المختلفة والمتعلقة بهذه الحالة، حيث اتسمت الصورة التي يكونها ع عن نفسه بالسلبية من خلال تقيمه لذاته، حيث يسعى ع أن يقوم بكل شيء على أساس ترتيب ونظام صارمين، لئلا يحصل ما ليس بالحسبان، والشيء المهم بالنسبة له، هو أن تكون أعماله كلها دقيقة وغاية في النظام، وهذه الأعمال يشعر بالهدوء والراحة، لأن هذه الأفعال تخفض التوتر وهي تسير بشكل لا شعوري ولا إرادي بحيث تصبح نمط في الحياة، ويتضح على ع من الناحية الجسمية أنه يبذل اهتمام مفرط بجسده، وترتيب ملابسه، ومن الناحية النفسية

يعاني من الكآبة لأنه انطوائي ويميل إلى الانزواء عن المجتمع، ومن الناحية الاجتماعية لاحظت الباحثة عند إجراء المقابلة كان حريص على الإسهاب عند الإجابة على الأسئلة، ويسعى لتكرار كلامه عدة مرات(سيدو) ويعاني مشاكل في العثور على الأصدقاء، يبدو أن ع يتسم بالتحمل في الظاهر وينجز أعماله بدقة ، إن هذا التحمل هو تحمل مرضي لا يجد عنه بديلاً لتخفيض توتره، وقد يعود ذلك بسبب نزعة حب الكمال، وقد لوحظ أن ع يسعى إلى السيطرة أولاً السيطرة على نفسه لكي لا يصدر منه خطأ يؤدي إلى المواجهة مع الآخرين . وثانياً السيطرة على المحيط الذي يعيش فيه، لكي تنتظم الأمور وتسير وفقاً لإرادته ورأيه، (يوجد الوسواس القهري لدى بعض الأطفال من ذوي الستة أعوام) (القائمي،١٩٩٦، ص٦٠). إن التربية الصارمة التي تعرض لها ع حيث أن أسلوب التربية قد يؤدي لظهور الوسواس، إن الوسواس له اضرار نفسية فيعاني ع من إرهاق ومتاعب نفسية، وله اضرار اقتصادية حيث تعيق ع عن عمله، أن ع يرى عدم مراعاة الشعور بين الزملاء يشكل له ضغط نفسي ومهني، والضغوط الإدارية منها تدخل في كيفية عمل الطبيب، مما يسبب الصداع لدى ع، والقرار المتخذ من قبل ع هو تفادي كل ما يزعجه أي وضعه في اللاشعور والاهتمام بالدقة والترتيب حيث يجد نفسه.

دراسة الحالة:

دراسة حالة(١)

الأدوات المستخدمة: مقياس الوسواس القهري، مقياس الضغوط النفسية والمهنية، اختبار آيزنك للشخصية، دراسة حالة.

مقياس آيزنك للشخصية يحدد نمط شخصية المفحوص: يتكون من٢٤ بند إعداد امطانيوس ميخائيل ويتكون من أربع أبعاد هي العصابية –الانبساطية الانطوائية –الذهانية –الكذب والإجابة ب نعم ولا والدرجات (١،٠) ويوجد بنود معكوسة والدرجة الخام تقارن بما يقابلها درجة تائية والمدى من (٤٠–٦٠) يعتبر طبيعي وما يزيد أو يقل عن هذا المدى يعتبر غير طبيعي.

–دراسة الحالة من إعداد السقا

–ملاحظة السلوك:

كيف تصرف المفحوص ضمن ظروف الفحص؟ ذكرت السيدة س في البداية أنها متوترة وخافت من عدم معرفته الإجابة على الاختبار وقد فهمت تعليمات الاختبار بسهولة وعقبت أن بعض البنود كانت تناسب حالتها تماماً وطلبت أن أسألها وهي تجيب وأنا أكتب.

–عرض النتائج والتفسير: النتيجة التي حصلت عليها المفحوصة بالاختبار:

مقياس آيزنك للشخصية:

الذهانية: حصلت على درجة خام ١ تقابلها درجة تائية ٤٤,٠٩هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠–٦٠).

الانبساطية: حصلت على درجة خام١ تقابلها درجة تائية ٣٣,٥٠ هذا يعني أنه لا يقع ضمن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠) هي أقل ويشير إلى ان المفحوص انطوائي.

العصابية: حصلت على درجة خام ٣تقابلها درجة تائيية٤٣,٩٩ هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠).

الكذب: حصلت على درجة خام ٣تقابلها درجة تائية ٤٥,٥٠ هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠).

مقياس وسواس القهري:

كانت درجة التكرار:١٩٠

درجة الإجهاد:١٢٠

مقياس الضغوط النفسية والمهنية:

الدرجة:١٩٠درجة وهي دليل على وجود ضغوط نفسية ومهنية شديدة.

بيانات أولية:

اسم المشفى: المواساة الجهة المحولة: الشخص نفسه

العمر:٤٩سنة الجنس: أنثى

العمل الحالي: ممرضة بقسم وظائف الرئة الحالة العائلية: متزوجة

الأعراض الحالية وتاريخ ظهورها للمرة الأولى:

غسل الأيدي ٥٠ مرة يومياً والاستحمام مرتين يومياً والتأخر بالذهاب للدوام بسبب التأكد من إقفال الأبواب أكثر من مرة وإغلاق الغاز قبل الخروج من المنزل والتأكد من أن الأضواء مطفأة أكثر من مرة وتتأخر في العود ة إلى المنزل وخصوصاً بعد استلامها غرفة وظائف الرئة فبدأت تتأكد بعد استخدام كل مريض الجهاز وبعد انتهاء الدواء حتى عند وصولها لباب المشفى تعود للغرفة وتتفقدها وفي حقيبتها دائماً معقم تطهر به يديها بعد لمس أي شيء حتى طلبت مني أن أسألها أنا عن الأسئلة كي لا تلمس الورقة والقلم لأنهم مليئين بالجراثيم تاريخ ظهورها أول مرة ١٩سنة.

الإجراءات الطبية والنفسية: لم تراجع أحد بسبب هذا الأمر لأنها نظيفة وحريصة.

الشكل والمظهر: مظهر حسن ولكن يديها حمر من كثر التغسيل.

١-القصة المرضية الحالية: الأعراض: المدة:٣٠سنة طريقة البدء: في ١٩سنة

العلاقة الزمنية: بين الأعراض والاضطرابات الفيزيائية والنفسية والمشاكل الاجتماعية: ظهرت الأعراض أول مرة من عمر ١٩سنة كانت في مدرسة التمريض السنة الثانية في فترة التدريب في المشافي عندها أدركت طبيعة عملها تحتاج منها الاهتمام بالنظافة كي لا تنقل الأمراض لأسرتها.

الآثار: على العمل والنشاطات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية أصبحت معدومة وهي في تدهور مستمر.

الاضطرابات المرافقة: قلة شهية.

٢-التاريخ العائلي:

مهنة الأب: مدرس عمره:٧٥ مستوى تعليمه: معهد إعداد مدرسين

مهنة الأم: ربة منزل عمرها: ٦٠ مستوى تعليمها: أمية

العلاقة بين الوالدين: سيئة لا يعيش معهما حالياً

وفاة الأم كان عمرها عند الوفاة ٢١سنة، والدها متزوج بامرأة أخرى عندما كانت والدتها على قيد الحياة

عدد الأخوة:٦ الذكور:٤ الإناث:٢، ترتيب الحالة: هي ٥بين أخوتها، علاقة س بالأب سيئة بالأم جيدة بالأخوة سيئة. السكن صحي. لا يوجد أمراض في الأسرة. هي تعيل نفسها. الأزمات الحياتية: زواج والدها بامرأة أخرى. وضعها الاقتصادي: جيد

٣-تاريخ النمو: حالة الأم الصحية اثناء الحمل جيدة الولادة طبيعية. اتجاه الأم نحو الحمل تقبل. لم يتأخر في الفطام، التسنين طبيعي، المشي عمر سنة، الكلام طبيعي، ضبط اخراج والتبول: طبيعي

هل أصيبت بأمراض في الصغر: جدرة الماء /الحصبة. هل تعرض لمشكلات سلوكية معينة: خجل

تاريخ البلوغ:١٣سنة. مشكلات مصاحبة لمرحلة المراهقة: لا يوجد.

سمات الشخصية: انطوائي. تقيمه للماضي: مؤلم، للحاضر: أسوء من الماضي، للمستقبل: مجهول.

علاقته بالجنس الآخر: طبيعية، تزوجت زواج تقليدي عن طريق الأسرة في عمر ٢٢سنة.

الأولاد: ذكور:٢ إناث: ١.لا يوجد لديها أصدقاء فقط تلتقي بزميلاتها بالعمل فقط.

نشاطاتها: لا يوجد تحب قضاء وقتها في منزلها وتنظفه ومشاهدة التلفاز.

عاداته في النوم: تنام جيداً، وتنام في منزلها مع عائلتها. راضية عن شكلها وجنسها.

تؤثر المشكلة على عمله ويشعر بالدونية لأن البعض يعتبرها وسواسية.

٤-التدخين: لا تدخن. الكحول: لا تتناولها. تعاطي الأدوية: أدوية عادية وكريمات لأن بشرتها سيئة.

٥-الفحص الطبي الجسدي: طبيعي.٦ -الفحص العصبي: طبيعي.

٧-التاريخ الدراسي: تاريخ دخولها للمدرسة: ٦سنوات نظامي. لم ترسب في أي سنة. استجابتها للخبرة المدرسية اعتمادية على والدها الصعوبات التي واجهتها في المدرسة: كانت في المدرسة التي يعلم بها والدها وكان يضربها أمام زملائها عند أي تقصير وكانت تشاهد زملائها يسخرون من والدها.

المواد ذات التقدير العالي: العلوم. المواد ذات التقدير المنخفض: العربي.

الأنشطة الفنية التي شارك بها فنية: لا تحبها. علاقته مع المدرسين جيدة، مع رفاق المدرسة لا توجد أصدقاء.

٨-التاريخ المهني: المهنة الحالية: ممرضة. مستوى رضاه المهني: جيد. دخلها: لا يكفيها. طموحاتها المستقبلية في عملها: لا تعرف. خططها لتحقيق طموحتها: لا يوجد خطط.

٩-التاريخ الجنسي: مصادر الثقافة الجنسية: الأهل فقط والتلفاز. لا تمارس العادة السرية.

ليس لها تجارب جنسية قبل الزواج تجارب عميقة. لم توقف قضائياً.

١٠-التاريخ الديني:

ملتزمة. الأسرة متدينة. لا يوجد اختلاط بين الجنسين ضمن الأسرة.

التشخيص الأولي: وسواس قهري.

التشخيص النهائي: وسواس قهري.

الحالة الاستعرافية: جيدة، الحالة مناسبة للعلاج المعرفي السلوكي.

خطة العلاج: من خلال العلاج الاستعرافي السلوكي حيث، العمل على تعديل الأفكار اللاعقلانية ومن خلال التعريض ومنع الاستجابة والتحصين التدريجي، والتدريب على الاسترخاء والتعريض التخيلي الحي بوجد مرافق كي تتم السيطرة على نوبة الهلع.

٦-تقرير الحالة: تعاني المفحوصة من وسواس قهري بدرجة مرتفعة. ونمط شخصيتها انطوائية.

٧-خلاصة النتيجة: للسيدة س أداء يشير إلى وجود وسواس قهري لديها وهذا بناء على نتائج الاختبار المطبق ونمط شخصيتها انطوائي وقد كانت متعاونة أثناء الفحص مع ظهور بعض أعراض التوتر عليها ومن خلال ما سبق تبين أن السيدة س تعاني من الوسواس القهري، وقد يعود ذلك للظروف القاسية التي مرت بها وأكد على ذلك(رينكر،٢٠٠٩، ص١٨٧) توجد في ٥٥%من الحالات التي تعاني من عصابات مختلفة أحداث حياتية شديدة قبل ظهور الاضطراب، وتشير أغلب الدراسات إلى نسب أعلى إلا أنها لا تشير إلى مجموعات ضابطة، وفي ٣٠%من حالات الوسواس القهري يلاحظ وجود أحداث حياتية، وقد حددت دراسة أجريت في هونغ كونغ الإحباطات والإرهاقات والضغوطات بوصفها أحداث حياتية حرجة، وفي السياق العيادي إيجاد إرهاقات شديدة لدى كثير من المرضى ومن ثم يمكن إيجاد آليات مواجهة غير ملائمة.

دراسة حالة (٢)

الأدوات المستخدمة:

مقياس الوسواس القهري. اختبار آيزنك للشخصية. مقياس الضغوط النفسية والمهنية. دراسة حالة.

-ملاحظة السلوك:

كيف تصرف المفحوص ضمن ظروف الفحص؟ ذكر السيد ع في البداية أنه المقياس طويل وقد فهم تعليمات الاختبار بسهولة وعقب أن بعض البنود كانت تناسب حالته تماماً وسأل عن اختبارات أخرى لأنها أعجبته وكان يكرر كلمة (سيدو) كثيراً.

-عرض النتائج والتفسير: النتيجة التي حصل عليها المفحوص بالاختبار:

مقياس آيزنك للشخصية:

الذهانية : حصل على درجة خام ١ تقابلها درجة تائية ٤٤,٠٩هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠).

الانبساطية: حصل على درجة خام١ تقابلها درجة تائية ٣٣,٥٠هذا يعني أنه لا يقع ضمن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠) هي أقل ويشير إلى ان المفحوص انطوائي.

العصابية: حصل على درجة خام ٤تقابلها درجة تائيية٤٥,٩٩هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠).

الكذب: حصل على درجة خام ٣تقابلها درجة تائية ٤٥,٥٠هذا يعني أنه ضمن الحدود الطبيعية لأنها تقع ضن المدى الطبيعي(٤٠-٦٠).

مقياس الوسواس القهري: كانت درجة التكرار:٢٠٠ درجة الإجهاد:٧٠.

مقياس الضغوط النفسية والمهنية: الدرجة:٢٣٥درجة وهي دليل على وجود ضغوط نفسية ومهنية شديدة.

بيانات أولية:

اسم المشفى: الأسد الجامعي

المفحوص: شاب يدعى ع.   أين تم فحصه: في مشفى الأسد الجامعي.

من فحصه: الباحثة. المدة التي استغرقها الفحص: من الساعة ١٢-١,٣٠صباحاً.

العمر:٣٣سنة   الجنس: ذكر

العمل الحالي: طبيب جراح   الحالة العائلية: أعزب

الأعراض الحالية وتاريخ ظهورها للمرة الأولى:

الاهتمام بالدقة والترتيب كل شيء في مكانه في المنزل والمشفى وغرفته في المنزل لا ينبغي لأحد أن يدخلها كي لا يفسد ترتيبها فهو على علم بمكان كل قطعة والتأكد من الأبواب والغاز ظهرت هذه الأعراض بعمر ٦سنوات.

الإجراءات الطبية والنفسية: لا يوجد. الشكل والمظهر: مظهر حسن وحليق الذقن مرتب.

١-القصة المرضية الحالية: الأعراض: المدة:٢٧سنة   طريقة البدء: في ٦سنوات

العلاقة الزمنية: بين الأعراض والاضطرابات الفيزيائية والنفسية والمشاكل الاجتماعية: ظهرت في سن ٦سنوات عندما بدأت والدته بالطلب منه ومن إخوته بالترتيب ومقابل ذلك لهم مكافأة وهو من كان يحصل عليها دائماً خصوصاً أنه الأكثر تنظيم ودقة وترتيب وهو لا يتناول الطعام في المشفى مع زملائه لأنه غير مرتب.

الآثار: على العمل والنشاطات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية أصبحت معدومة وهي في تدهور مستمر لأن الناس ينزعجون من دقته وترتيبه لأنهم يقومون بتخريب ما يرتبه.

الاضطرابات المرافقة: اضطرابات في النوم.

٢-التاريخ العائلي:

مهنة الأب: مدرس   عمره:٥٩   مستوى تعليمه: جامعي ر.ف.ك

مهنة الأم: مدرسة   عمرها: ٥٦   مستوى تعليمها: معهد صف خاص

العلاقة بين الوالدين: جيدة   يعيش معهما حالياً

عدد الأخوة:٤ الذكور:٢   الإناث:٢

ترتيب الحالة: هو الأول بين أخوته. علاقة المتعالج بالأب جيدة والأم جيدة بالأخوة سيئة يغارون منه.

السكن صحي. لا يوجد أمراض في الأسرة. هو يعيل نفسه. الأزمات الحياتية: مرض والدته.

وضعه الاقتصادي: جيد

٣-تاريخ النمو:

حالة الأم الصحية اثناء الحمل جيدة الولادة طبيعية. اتجاه الأم نحو الحمل تقبل. لم يتأخر في الفطام التسنين طبيعي. المشي في عمر سنة. الكلام طبيعي. ضبط اخراج والتبول: طبيعي.

هل أصيب بأمراض في الصغر: جدرة الماء /الحصبة. هل تعرض لمشكلات سلوكية معينة: لا

تاريخ البلوغ:١٣سنة. مشكلات مصاحبة لمرحلة المراهقة: لا يوجد.

سمات الشخصية: انطوائي. تقيمه للماضي: رائع، للحاضر: أسوء من الماضي، للمستقبل: مجهول.

علاقته بالجنس الآخر: جيدة. لا يوجد لديه أصدقاء. نشاطاته: لا يوجد يحب قضاء وقته في منزله ويشاهد التلفاز. عاداته في النوم: سيئة. راضي عن شكله وجنسه. تؤثر المشكلة على عمله.

٤-التدخين: هو يدخن قليلاً ليس دائماً. تعاطي الأدوية: طبيعي عندما يمرض.

٥-الفحص الطبي الجسدي: طبيعي.٦-الفحص العصبي: طبيعي.

٧-التاريخ الدراسي: تاريخ دخوله للمدرسة: ٧سنوات نظامي. لم يرسب في أي سنة. استجابته للخبرة المدرسية جيدة. الصعوبات التي واجهها في المدرسة: لم يواجه صعوبات فهو كان دائماً متفوق ومرتب ومنظم جميع أموره. لمواد ذات التقدير العالي: جميعها. المواد ذات التقدير المنخفض: لا يوجد.

الأنشطة الفنية التي شارك بها فنية: لا يوجد. علاقته مع المدرسين جيدة، مع رفاق المدرسة لا يوجد أصدقاء لأنهم يغارون منه فهو مجتهد.

٨-التاريخ المهني: المهنة الحالية: طبيب. مستوى رضاه المهني: جيد. دخله: يكفيه لأنه يعيش مع أسرته وهو غير متزوج. طموحاته المستقبلية في عمله: أن يصبح طبيب ناجح ومشهور. خططه لتحقيق طموحه: ينبغي أن يعيش بنفس التخطيط والتنظيم ليحقق أهدافه. فترة التجنيد لم يجد أي صعوبات لديه تأجيل دراسي.

٩-التاريخ الجنسي: مصادر الثقافة الجنسية: الكتب العلمية. لا يمارس العادة السرية. ليس لديه تجارب جنسية. لم يوقف قضائياً.

١٠-التاريخ الديني: ملتزم. الأسرة متدينة. يوجد اختلاط بين الجنسين ضمن الأسرة.

التشخيص الأولي: وسواس قهري.

التشخيص النهائي: وسواس قهري.

الحالة الاستعرافية: جيدة. الحالة مناسبة للعلاج المعرفي السلوكي.

خطة العلاج: من خلال العلاج الاستعرفي السلوكي حيث، أسلوب التعريض ومنع الاستجابة القائم على تعريض المريض للموقف الذي يثير طقوس القهر، عملية التحصين المنظم الواقعي

٦-تقرير الحالة: إن المفحوص يعاني من وسواس قهري بدرجة مرتفعة. ونمط شخصيته انطوائية.

٧-خلاصة النتيجة: للسيد ع أداء يشير إلى وجود وسواس قهري لديه وضغوط نفسية ومهنية هذا بناء على نتائج الاختبار المطبق ونمط شخصيته انطوائي وقد كان متعاوناً أثناء الفحص ومن خلال ما سبق تبين أن السيد ع يعاني من الوسواس القهري، وقد يعود ذلك إلى أساليب التنشئة الخاطئة حيث أكد (الخليدي ووهبي،١٩٩٧، ص١١٢) التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة، والقسوة الزائدة على الأبناء والكره والنبذ والقمع وغيرها من الأساليب الخاطئة، فتكون تلك الأفعال نواة لظهور أعراض الوسواس لدى الفرد، ويؤكد علماء النفس أن ظهور العصاب القهري يرتبط بشكل عام بالحرمان من الحب والعاطفة والتقبل وخاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل، فالآباء الذين لديهم سمات قهرية، يميلون إلى تشجيع أطفالهم على اكتساب هذه السمات.

مقترحات الدراسة:

-إجراء المزيد من الدراسات حول الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية، بحيث تكون ممثلة لكل الأطباء والممرضين، بمختلف مستوياتهم وأماكن عملهم، سواء في المشافي العامة أو الخاصة، وإجراء دراسة مقارنة بينهما.

-إجراء المزيد من الدراسات عن الوسواس القهري على الأطباء وربطه بمتغيرات أخرى لأنه الدراسة الأولى في سوريا والوطن العربي والعالم على حد علم الباحثة فلا توجد أي دراسة تناولت هذه الفئة.

-تصميم برامج علاجية تتناسب مع طبيعة عمل الأطباء والممرضين.

-إجراء دراسة تتناول العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الشخصية الوسواسية.

-إجراء دورات وندوات تثقيفية في وسائل الإعلام عن اضطراب الوسواس القهري.

-توفير أعداد كافية من الأخصائيين النفسيين المؤهلين والمدربين في المشافي ليس فقط للمرضى الخارجين بل للعاملين أيضاً، والتوعية بدورهم والتمييز بينه وبين الطبيب النفسي.

-ضرورة تهيئة جو مناسب للعمل (للأطباء والممرضين)، وذلك بتوفير أماكن ترفيه، وغرف خاصة لراحتهم يشاركون بمقترحاتهم في تجهيزها، وتوضيح الوصف الوظيفي للعاملين، والتنسيق بين الأقسام، بحيث يحدد لكل فرد واجباته ومسؤولياته.

-إجراء دورات تدريبية ومحاضرات تعليمية دورية للعاملين في مهنة الطب والتمريض، لمساعدتهم في مواجهة الضغوط النفسية والمهنية والتغلب عليها.

-اتخاذ بعض الإجراءات من المشافي من أجل التغلب والوقاية من الضغوط النفسية والمهنية، من حيث الحوافز والمكافآت، واستقبال الأطفال تحت سن المدرسة، ووجود بعض الألعاب الترفيهية والتنفيسية الهادفة.

الملخص

الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية المهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي محافظة دمشق

هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية ومعرفة الفروق على كل من مقياسي (الوسواس القهري، الضغوط النفسية والمهنية) تبعاً للمتغيرات التالية (الجنس. العمل. الحالة الاجتماعية. عدد سنوات العمل) لدى الأطباء والممرضين، وتكون مجتمع الدراسة الأصلي من(٢٤٦٧) طبيب/ة وممرضة عاملين في مشافي دمشق وهي كالتالي (المواساة–الأسد الجامعي–التوليد الجامعي) وقد تم التطبيق على عينة متيسرة تكونت من (٢٠٣) طبيب/ة وممرضة، وقد طبق عليهم أدوات الدراسة وتكونت من (مقياس الوسواس القهري من تأليف كوزاك فوا، سولكوفيكس، وكولز وأمير(١٩٩٨) ترجمة وإعداد العاسمي(٢٠١٥) وتقيس هذه القائمة تكرار الوساوس والاندفاعات الشديدة خلال الشهر الماضي التي سببت الضيق للفرد. والتي تتألف من (٤٢) عبارة موزعة على سبعة أبعاد، هي التالية: الغسل، الفحص، والشك، والترتيب، والوساوس، والتضخيم، والتحييد. ومقياس الضغوط النفسية والمهنية يتألف من(٥١) عبارة موزع على سبعة أبعاد: هي كالتالي: النفسي. العضوي. المهني. العلاقة مع الآخر. العلاقة مع المرضى. المستلزمات الطبية. المادي. وقامت الباحثة بإجراء دراسة سيكومترية وقد أظهرت نتائج الدراسة النتائج التالية: يمكن التنبؤ بالوسواس القهري من خلال الضغوط النفسية والمهنية لدى (الأطباء والممرضين) وجود علاقة طردية موجبة قوية بين الوسواس القهري والضغوط النفسية والمهنية (لدى الأطباء والممرضين). وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (الجنس، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات العمل) الأطباء لصالح (الذكور، الأعزب، أقل من ٣سنوات). وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (عدد سنوات العمل) الممرضين لصالح (أقل من ٣سنوات). توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (الجنس، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات العمل) الأطباء لصالح (الذكور، الأعزب، أقل من ٣سنوات). توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية والمهنية تبعاً لمتغير (الحالة الاجتماعية، عدد سنوات العمل) الممرضين لصالح (الأعزب، أقل من ٣سنوات). توجد فروق بين لمرتفعي ومنخفضي الدرجات من الأطباء على مقياس الوسواس القهري تبعاً لمتغير (الحالة الاجتماعية، عدد سنوات العمل) لصالح (الأعزب، أقل من٣سنوات). توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الأطباء لصالح الدرجة المرتفعة. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري بين مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية عند الممرضين لصالح الدرجة المرتفعة. يوجد تأثير مباشر وغير مباشر لأبعاد الوسواس القهري بالضغوط النفسية والمهنية لدى عينة الأطباء والممرضين. يوجد تأثير مباشر وغير مباشر للضغوط النفسية والمهنية بالوسواس القهري لدى عينة الأطباء والممرضين.

قائمة المراجع

١-المراجع باللغة العربية:

- الآغا، بشار جبارة. (٢٠٠٩). دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي. **رسالة ماجستير**. غزة: الجامعة الإسلامية.

-الأحمدي، حنان. (٢٠٠٢). **ضغوط العمل لدى الأطباء: المصادر والأعراض**. الرياض: الإدارة العامة.

-أبو أسعد، أحمد، والعزيز. أحمد. (٢٠٠٩). **التعامل مع الضغوط النفسية**. الطبعة الأولى. فلسطين: دار الشروق للنشر والتوزيع.

-أبو الحصين، محمد. (٢٠١٠). الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات. **رسالة ماجستير**. غزة: الجامعة الإسلامية.

-أبو علام، رجاء. (٢٠٠٤). **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**.ط٤.القاهرة: دار النشر للجامعات.

-أبو غزالة، سميرة. (١٩٩٩). الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من الذكاء والتأكيد الذات وبعض سمات المرضية. **مجلة كلية التربية**. العدد(١٥). ١٢٧-١٦٠.

-أبو هندي، وائل. (٢٠٠٣) . **الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي**. الطبعة الأولى، الكويت: عالم المعرفة. مطابع دار السياسة، العدد (٢٩٣).

-اسماعيل، رزان. (٢٠١٥). مصادر الضغوط النفسية والمهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات. **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات الإنسانية**. مجلد(٣٧). العدد(١).١٤٧-١٦٠.

- اندرودي، سيز لافي، ماك جي والاس. (١٩٩١). **السلوك التنظيمي**. ترجمة: جعفر أحمد. المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة للبحوث.

-بارلو، ديفيد. (٢٠٠٢). **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل العلاج تفصيلي**. ترجمة صفوت فرج وآخرون. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

-باير، لي. (٢٠١٠). **الوسواس القهري علاجه السلوكي والدوائي**. ترجمة: محمد خلودي. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب

-البناني، أروى فيصل حسن. (٢٠١١). التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية. **رسالة ماجستير**. السعودية: جامعة أم القرى.

-بيار، ماررتي وآخرون. (١٩٩٠). **سيكوسوماتيك الهستيريا والوسواس**. ترجمة غزوي نابلسي. بيروت: دار النهضة.

-بولتن، تيرنز. (١٩٨٩). قياس أثر بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج حالتين من مرض الوسواس والافعال القهرية. **مجلة طب نفسي الأطفال**. المجلد الاول. العدد(٢٥).

-التركي آلاء. (٢٠١٦). الكمالية وعلاقتها بالوسواس القهري لدى عينة من طلبة ثانوية الباسل الرسمية للمتفوقين في محافظة دمشق. **مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس**. قيد النشر.

-التوم، ابراهيم محمد. (٢٠١١). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأداء المهني لدى الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظة غزة. **رسالة ماجستير**. غزة: الجامعة الإسلامية.

-ثابت، عبد العزيز. (١٩٩٨). **الوسواس القهري في الأطفال والمراهقين**. أمواج نشرة دورية تصدر عن دائرة العلاقات العامة ببرنامج غزة للصحة النفسية. العدد الثالث. غزة.

-جبل، فوزي محمد. (٢٠٠٢) . **محاضرات في الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**. الطبعة الأولى. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

-جرينبرج، وجيرالد وبارون، روبرت. (٢٠٠٤). **إدارة السلوك في المنظمات**. ترجمة: رفاعي بسيوني، ورفاعي اسماعيل. الرياض: دار المريخ.

-جودة، أمال عبد القادر. (٢٠٠٤) . الوسواس القهري على عينات فلسطينية. **مجلة كلية التربية**. جامعة عين شمس. العدد (٢٩). الجزء الأول. مصر: مكتبة زهراء الشرق.

-جودة، أمال عبد القادر. (٢٠٠٥) . الوسواس القهري وقد أعيانه على الصحة النفسية. فلسطين- القدس: **بلسم مجلة جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني**. مطبعة الأمل. العدد (٣٦٥).

- حسن، راوية. (٢٠٠١). **السلوك في المنظمات**. مصر: الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع.

-الحربي، ماطر. (٢٠٠٢). مقارنة مستويات الضغط النفسي والقلق ونمط السلوك أ لدى الإداريين وغير الإداريين. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية الدراسات العليا. الجامعة الأردنية.

-حريم، حسين. (٢٠٠٤). **السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال**. عمان: دار الحامد.

-حمودة. محمود عبد الرحمن. (٢٠٠٧). **أمراض النفس**. القاهرة: عالم الكتاب.

-الخالدي، أديب محمد. (٢٠٠٦). **مرجع في علم النفس الاكلينيكي (المرضي)**. الفحص والعلاج. الأردن: دار وائل للنشر.

-الخطيب، جمال. (٢٠٠٦). **إعداد الرسالة الجامعية وكتابتها**. الطبعة الأولى. عمان: دار الفكر.

-الخليدي، عبد المجيد ووهبي، كمال. (١٩٩٧). **الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية**. الطبعة الأولى. بيروت: دار الفكر العربي.

-داود، نعيم. (١٩٩١). مصادر ضغوط العمل التي يتعرض لها العاملون في المصارف التجارية في الأردن. **رسالة ماجستير غير منشورة**. الجامعة الأردنية عمان.

-دويدار، عبد الفتاح. (٢٠٠٦). **المرجع في مناهج البحث في علم النفس وفنيات كتابة البحث العملي**. ط٤.الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- ربيع، محمد شحاتة. (٢٠٠٦). **علم النفس الصناعي**.ط٣.القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

-رضوان، سامر. (٢٠١٤). **التشخيص النفسي**. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

-الرفاعي، نعيم. (١٩٨٢). **الصحة النفسية دراسة في سيكولوجيا التكيف**. دمشق: جامعة دمشق.

-رينيكر، هانز. (٢٠٠٩). **علم النفس الإكلينيكي، أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد**. ترجمة سامر رضوان. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

-الزعبي، أحمد محمد. (١٩٩٤). **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال**. جامعة صنعاء: دار الحكمة اليمنية.

-زهران، حامد عبد السلام. (١٩٧٨) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: عالم الكتب.

- سالم، محمد شريف. (٢٠٠٣). **الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء**. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة دار العقيدة.

- سالم، محمد شريف. (٢٠٠٦). **الوسواس القهري**. الطبعة الرابعة. القاهرة: مكتبة دار العقيدة.

-سعفان، محمد أحمد. (٢٠٠٣). **اضطراب الوسواس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية –التشخيص العلاج**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

-السقا، صباح. (٢٠١٤). فاعلية العلاج الأستعرافي السلوكي للوسواس القهري. **مجلة جامعة دمشق.** المجلد(٣٠). العدد(١):٣٦٧-٣٩٣.

-السقا، صباح. (٢٠١٤). **العلاج النفسي.** دمشق: منشورات جامعة دمشق.

-السقا، صباح. (٢٠١٤). **دراسة الحالة.** دمشق: منشورات جامعة دمشق.

-سلطان، محمد. (٢٠٠٤). **السلوك التنظيمي.** الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

-سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية. (٢٠٠١). **اضطراب القلق.** المجلد التاسع. الكويت: الديوان الملكي.

-شريف، ليلى. (٢٠٠٣). أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقته بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية، العصبية، العامة). **رسالة دكتوراه غير منشورة.** جامعة دمشق.

-شلوتكه، بيرتر؛ كاسبار، فرنس؛ رولر، بيرند. (٢٠١٦). **التشخيص النفسي الإكلينيكي(١) الأسس العامة والتوجهات النظرية.** ترجمة سامر رضوان. ط١.الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

-الطريري، عبد الرحمن. (١٩٩٤). **الضغط النفسي مفهومه تشخيصه وطرق علاجه**.ط١.شركة الصفحات الذهبية: الرياض.

-العاسمي، رياض. (٢٠١٥). **نماذج الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي.** قيد النشر.

-عبد الباقي، صلاح الدين. (٢٠٠٤). **السلوك الفعال في المنظمات.** الإسكندرية: الدار الجامعية.

-عبد الحميد، جابر، وكفافي. علاء. (١٩٩٥). **معجم علم النفس والطب النفسي.** مصر. القاهرة: دار النهضة العربية.

-عبد الخالق، أحمد. (٢٠٠٢). **الوسواس القهري التشخيص والعلاج.** الكويت: جامعة الكويت. مجلس النشر العلمي.

-عبد المعطي، حسن مصطفى. (٢٠٠٣). **منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقاته.** القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

-عبد المؤمن، علي معمر. (٢٠٠٨). **البحث في العلوم الاجتماعية الوجيز في الأساسيات والمناهج والتقنيات.** بنغازي: دار الكتب الوطنية.

- عثمان، فاروق. (٢٠٠١). **القلق وإدارة الضغوط النفسية.** القاهرة: دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.

-العديلي، ناصر. (١٩٩٣). **السلوك الإنساني والتنظيمي**.ط١. الرياض: معهد الإدارة العامة.

-عسكر، علي. (٢٠٠٠). **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**. الطبعة الأولى. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

-عكاشة، أحمد. (١٩٩٩)."**المكتب الإقليمي لشرق المتوسط المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10**". منظمة الصحة العالمية. النسخة العربية.

-عمر، ماهر محمود. (١٩٩٢). **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

-العميان، محمود. (٢٠٠٤). **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**.ط٢.عمان: دار وائل.

-العنزي، فريح. (١٩٩٧)."الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين "دراسات نفسية". ر**ابطة الأخصائيين النفسيين المصريين**. العدد(٢)١٨١-٢٠٢.

-غانم، محمد حسن(٢٠٠٩). **كيف تهزم الضغوط النفسية**. السلسلة الطبية. القاهرة: دار أخبار اليوم. العدد(٢٩٣).

-فرانس بيترمان.(٢٠٠٩). **علم نفس الأطفال الإكلينيكي نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة**. (ترجمة: سامر رضوان). العين: دار الكتاب الجامعي.

-فرج، صفوت. (٢٠٠٠). **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**. الطبعة الأولى. مصر: الأنجلو المصرية.

-فليه، فاروق وعبد المجيد، السيد. (٢٠٠٥). **السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات**. عمان: دار المسيرة.

-فونتانا، ديفيد. (١٩٩٣). **الضغوط النفسية تغلب عليها وأبدأ الحياة**. ترجمة: حمدي الفرماوي ورضا أبو السريع. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

-القائمي، علي. (١٩٩٦). **الوساوس والهواجس النفسية**.ط١.بيروت: دار النبلاء

-القريطي، عبد المطلب. (٢٠٠٣). **في الصحة النفسية**.ط٣.القاهرة: دار الفكر العربي.

-قطينة، آمال. (٢٠٠٣). **أمراض النفس وعلاجها**. الطبعة الأولى. عمان. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

-كفافي، علاء الدين. (١٩٩٩). **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري-المنظور النسقي الاتصالي**. القاهرة: دار الفكر العربي.

- كوزاك فوا، سولكوفيسكس، كولز وأمير. (٢٠١٥). **مقياس الوسواس القهري**. ترجمة وإعداد: رياض العاسمي. دمشق: مكتبة بريمر.

-كولز، أ.م.(١٩٩٢). **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي**. ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم - الدماطي. حامد حماد. حسن علي حسن. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

-لافي، باسم. (٢٠٠٥). الضغوط النفسية لدى زوجات الأسرى الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات. **رسالة ماجستير**. غزة: الجامعة الإسلامية.

-لطيفة، يوسف. (٢٠١٥). **الطب النفسي**. منشورات جامعة دمشق. كلية الطب البشري.

-ليندزي، وبول. (٢٠٠٠). **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**. ترجمة: صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

-المالكي، عبد المجيد أحمد. (٢٠٠٠). شروط ومعايير استخدام التحليل العاملي. **رسالة ماجستير غير منشورة**. كلية التربية. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.

-ماهر، أحمد. (٢٠٠٢). **السلوك التنظيمي**: مدخل بناء المهارات.ط٨.الإسكندرية: الدار الجامعية.

-مريم، رجاء. (٢٠٠٨). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، **مجلة العلوم التربوية والنفسية جامعة دمشق**. المجلد(٢٤). العدد(٢). ص٤٧٥-٥١٠.

-مزروع، طاهر. (١٩٩٣). **النمو النفسي للطفل**. مكتب النهضة المصرية. القاهرة.

-ميخائيل، امطانيوس. (٢٠٠٦). **القياس النفسي**.ج١.دمشق: منشورات جامعة دمشق.

-نصار، كريستين. (٢٠٠٧). **الوسواس**. بيروت: شركة المطبوعات للنشر والتوزيع.

-الهيجان، عبد الرحمن. (١٩٩٨). **ضغوط العمل**.ط١.الرياض: معهد الإدارة العامة

٢-المراجع باللغة الأجنبية:

-Allen N, B. , & Knight, W, E, J. (2005). **Mindfulness, compassion for self-And compassion for others. Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression**. In P. Gilbert (Ed.), research and use in psychotherapy. ،Compassion: Conceptualizations. London: Rutledge.

-American Psychiatric Association. (2013).**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorrders.DSM-5**.Washington: London.

-Babu, Hanish. (2007).**what is stress & effective stress management techniques**. Skyline harmony villas. Trichur Dt.kerala.India.

-Beecham, S. (1997).**what is obsessive-compulsive disorder** .Anxiety disorders Association of America.

-Bingham, W& Moore, B. (1959).**How to interview**. New York: publisher's .IUC.

- Cougle, J, Salkovsks, P, Thrope, T.(2007)."Perhaps you only imagined doing it "reality –Monitoring in obsessive-compulsive checkers using semibiogrphical stimuli .**Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry**. Under publication.

- Dyrbye, Liselotte, Thomas, Matthew, Shanafelt, Tait. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress among U.S. and Canadian Medical Students. **Academic Medicine**.81 (4)354-373.

-De Silva, P& Rachman ,S.(1993).**obsessive compulsive Disorder(the facts)**.New York: Oxford university press.

-De Silva, p. (1994).**obsessive and compulsions .in S. J. Lindsay and G .Powell (eds)the hand book of clinical Adults Psychology** .London :Routledge.

-David, F., Frost, R. O & Steketee, G. (2007). **Buried in treasure: Help for compulsive Acquiring, saving and hoarding.** New York: Oxford University Press.

-Freeston ,M ,Rheaume, J &Ladouceur ,R.(1996).**Correcting Faulty Appraisals of obsession Thoughts Behavior Research and Therapy**.(34).433-446

-Gureses, Ayse Pinar. (2005). **Performance obstacles and facilitators, workload, quality of working life, and quality and safety of care among intensive care nurses**.Ph.D. Madison: The University of Wisconsin.p328

-Hod .K, Richter, M.A. Bagay, R. M. (2005) **Obsessive –compulsive Disorder and The Five – Factor Model of personality Distinction and Overlap with Major Dpressive Disordedr**. Mood and Anxiety program center for Additction al Neil –Rector @camh.net. Mental Health, Toronto, Canada.

-Jnike, M, Hymas, S& Baer ,L.(1990).Acontrolled trail of fluvoxamine in obsessive compulsive Disorder **:implication a Serotenrgic theory American Psychiatry**,(144),1209-1215.

- Jnike, M,et al.(1996).Cerebral Structural Abnormalities in obsessive compulsive disorder **.Archives of General Psychiatry** ,(53),625-632.

- Jnike, M, Baer, L, &Minichiello ,W.(1998).**An overview of obsessive compulsive disorder**.Practical managernent: Boston ,Mosby.

-Kellow, J. (2001). **Exploring types and sources of stress in emergency nursing maste** .Abstrasts. International, vol (39), No (2):484.

-Kupfer, M.D. David, (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders7. Fifth edition.** Washington, DC. London, England.

-Kahn, H& Cooper,L.(1993).**Stress in the dealing room:** high performers pressure.London:Routledge.

-Lazarus,R &Flokman,S.(1984).**Stress Appraisal and coping** .New York :springer.

-Leckman ,J ,Grice ,D, Baordman ,J ,Zhange ,H, Vitale ,A, Bondi, G, Alsobrook ,J ,Rasmussen ,S, Goodman, W &Pauls, D.(1997).Symptoms of obsessive Compulsive Disorder .**American Journal of Psychiatry**, (154)911-917.

-Minichieello, W, Baer, L, Jenike, M, et al. (1990).**Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder**. Journal of Anxiety Disorder. (4).147-150.

- Monalisa. d, Cssia, Fogaca, Werther Brunow de Carvalho, Vanessa de Albuquerque Ctero, Luiz Antonio Nogueira-Martins.(2008). **Factors that cause stress for physicians and nurses working in a pediatric and neonatal intensive care unit**. Rev Bras Ter Intensiva. 20(3):261-266.

-Noish working group. (1998).**stress at work**. http.//www.cdc.gov/noish/stress .wk.html.

-Oltmanns ,T ,Neale, J, &Davison ,G,.(1995).Abnormal Psychology .New York.

-Rector, Neil A, Richter, Margaret A. MD, Bagay, R. Michae. (2005). **the impact of personality on Symptom Expression in Obsessive –compulsive Disorder** .Journal of Nervous &Mental .193(4):231-236.

-Ross, R& Altmaierm ,E.(1994).**Intervention in occupational stress** .first published. London: sage.

-Sadock, B, sadock, V &Ruiz, P. (2015).**Synopsis of psychiatry**. Behavioral -sciences /clinical psychiatry .wolters Kluwer.

-Sartorius, M, maj-N, A, Okasha-J, Zohar. (2002). **Obsessive-compulsive disorder** .From(http://www.shifa.uni, cc/).

-Samuels, J.F. (2009).**Recent Advances in the Generics of Obsessive-compulsive Disorder**. Current psychiatry reports. (11).277-282.

-sawyer .R.(2005).**stress the silent killer .hitech united Australia pty.ltd.hoddle street abbotsford** .melboume.australia.

-Sebastian, R. (1993).**Comulsive Behavior** .New York: Chelsea house Publisher.

-Scott, D. (1992).**Stress that motivates** .London: Kogan.

-Steketee ,G, Frost, R, Rheame,J& Wilhelm,S.(1998).**Cognitive theory and Treatment of obsessive compulsive disorder**(Practical Management).Boston. Mosby.

-Seo, H,.(2012). The Role Of Self-Compassion And Emotional Approach Coping In The Relationship Between Maladaptive Perfectionism And Psychological Distress Among East Asian International Students ,**Ph. D. Thesis**, University of Minnesota

-Stewart ,sunit m, Beston ,c, lam, T.tt(1997) Marshall I,B ,Lee, P. w I t Wong ,C,M, **redicting stress in first year medical student Alongitudinal study**, Medical Education,vol31(3)163-168.

-Taylor. Shelly. (1995).**Health Psychology** .Third Edition .New York: Mc Graw-Hill International Editions.

-Van Opeen, P,&Amtz ,A.(1994).**cognitive Therapy for Obsessive compulsive Disorder**. Behavior Research and therapy. (32)79-87.

-Wells A & Carter K. (2001).Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. **Behaver ther**: vol 32.p85-102.

-Wells A. (2009).**Metacognitive therapy for anxiety and depression** .New York .NY: the Guildford press.

-Woolefm R& Dryden, w. (1996).Hand book of counseling psychology. London: Sage.

-Yu-Wen Ying. (2009). **Self-Compassion to Competence and mental health social Work and Student**, Journal of Social Work Education, Vol 45(2) pp.309-325.

الملاحق

الملحق(١)

أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة			
الاسم	المرتبة العلمية	الاختصاص	القسم
د. أمينة رزق	أستاذة	علم النفس التربوي	علم نفس
د. محمود ميلاد	أستاذ	مناهج البحث	علم النفس
د. رياض العاسمي	أستاذ	علاج نفسي	الإرشاد النفسي
د. كمال بلان	أستاذ	علم النفس	الإرشاد النفسي
د. إيمان عز	أستاذة	قياس نفسي	القياس والتقويم
د. أحمد الزعبي	أستاذ	إرشاد نفسي	الإرشاد النفسي
د. غسان المنصور	أستاذ مساعد	علم النفس المعرفي	علم النفس
د. سناء مسعود	مدرسة	علم النفس النمو	علم النفس
د. عائشة ناصر	مدرسة	الصحة النفسية	الإرشاد النفسي
د. ناديا رتيب	مدرسة	إرشاد نفسي	الإرشاد النفسي
د. منال الشيخ	مدرسة	إرشاد نفسي	الإرشاد النفسي
د. ربى سلطان	مدرسة	إرشاد نفسي	الإرشاد النفسي
د. إقبال الحلاق	مدرسة	إرشاد نفسي	الإرشاد النفسي

الملحق(٢)

تعليمات المقياس

العمل: طبيب ☐ ممرض ☐

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

قسم أو شعبة العمل :.....................................

عدد سنوات العمل: أقل من ٣سنوات ☐ من ٣إلى أقل من٦ سنوات ☐ من ٦إلى أقل من ٩سنوات ☐ من ٩سنوات فأكثر ☐

الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐

تحية طيبة وبعد:

تتشرف الباحثة بأن تكونوا ضمن العينة التي ستجرى عليها الدراسة والتي هي بعنوان "الوسواس القهري وعلقته بالضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين العاملين في مشافي محافظة دمشق" لذلك نرجو أن تتسم إجابتكم بالدقة والموضوعية.

لذا أقرأ كل عبارة بشكل جيد، وتأكد من فهم معناها فهماً جيداً قبل اختيار الإجابة قم بوضع إشارة (X) أمام كل عبارة في المربع الذي ينطبق على موقفك منها.

علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، بل عليك أن تختار الإجابة التي تعبر عنك في كل عبارة.

الرجاء التكرم بالإجابة عن العبارات جميعها دون استثناء بكل صدق وصراحة مع العلم أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها هي ليست للنشر ومخصصة لأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص الشكر والتقدير

الباحثة

مقياس الوسواس القهري

م	العبارات	تكرار					إجهاد				
		٠	١	٢	٣	٤	٠	١	٢	٣	٤
١	تأتي الأفكار السارة إلى ذهني ضد إرادتي ولا أتمكن من التخلص منها										
٢	اعتقد أن ملامسة الإفرازات الجسمية (عرق، لعاب، دم..) قد تلوث ملابس أو تؤذيني بطريقة ما										
٣	عادة ما أطلب من الآخرين إعادة الأشياء العبارات أو الجمل لي عدة مرات بالرغم من فهمي لها أول مرة										
٤	أنا اغتسل وأنظف جسمي بصورة قهرية										
٥	ينبغي أن أراجع واستعرض الصور والأحداث الماضية في ذهني للتأكد من أنني لم ارتكب خطأ ما										
٦	أتجنب الأشياء التي تقف في طريقي										
٧	غالباً أتفحص الأشياء وأراجعها بشكل متكرر										
٨	أتجنب استخدام المرافق العامة (دورات المياه) خشية من التلوث أو الإصابة بالمرض										
٩	أتفحص وأراجع مراراً وتكراراً الأبواب والشبابيك للتأكد من إغلاقها.										
١٠	أتفحص وأراجع مراراً وتكراراً أنابيب الغاز وحنفيات المياه أو مفاتيح الإضاءة بعد غلقها										
١١	عادة ما أجمع أشياء لست بحاجة إليها.										
١٢	تنتابني أفكاراً لإيذاء نفسي دون أعرف لماذا أقوم بذلك.										
١٣	تنتابني أفكاراً في الرغبة بإيذاء ذاتي أو الآخرين										
١٤	أكون منزعجاً فيما لو كانت الأشياء الموضوعة من حولي مرتبة بشكل غير صحيح.										
١٥	أشعر بأن أكون مجبراً على إتباع نظام محدد في ارتداء وخلع ملابسي وتنظيف جسدي.										

١٦	أشعر بصورة إجبارية بضرورة العد بينما أقوم بتنفيذ الأشياء										
١٧	أخشى أن أقوم بأشياء محرجة أو ضارة بصورة اندفاعية										
١٨	احتاج للصلاة كي أطرد من ذهني الأفكار والمشاعر السيئة										
١٩	أحافظ على الأشكال المدققة أو أي أشياء قمت بكتابتها										
٢٠	أنزعج من رؤية السكاكين وغيرها من الأدوات الحادة										
٢١	أكون منشغلاً دائماً بالنظافة بصورة وسواسية.										
٢٢	أجد صعوبة بالغة في لمس الأشياء عندما أعلم أنها استعملها أشخاص آخرين.										
٢٣	أرغب بأن تكون الأشياء مرتبة بصورة معينة										
٢٤	اضطر إلى التأخير عن عملي بسبب تكرار الأشياء مراراً وتكراراً										
٢٥	أجد نفسي مجبراً كي أكرر أرقاماً معينة										
٢٦	بعد الانتهاء من عمل ما يبقى لدي انطباع بأنني ما زلت لم انته منه										
٢٧	أجد صعوبة في لمس القمامة أو الأشياء القذرة										
٢٨	أجد صعوبة في السيطرة على أفكاري										
٢٩	أشعر بضرورة عمل الأشياء مراراً وتكراراً حتى أشعر بأنها صحيحة.										
٣٠	أكون منزعجاً جداً عندما تنتابني أفكاراً ضد إرادتي.										
٣١	أجد حاجة ملحة للقيام بأعمال معينة وبأسلوب محدد قبل الذهاب إلى النوم										
٣٢	أعود إلى الأماكن التي جئت منها لكي أكون متأكداً من أنني لم أتسبب بضرر شخص ما										
٣٣	غالباً ما تنتابني أفكاراً سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها										
٣٤	أتجنب رمي الأشياء في سلة المهملات خشية من حاجتها في وقت لاحق.										

٣٥	أنزعج كثيراً عندما يغير الآخرين الأسلوب الذي رتبت به الأشياء										
٣٦	أشعر بضرورة تكرار كلمات أو عبارات في ذهني لكي أطرد الأفكار والمشاعر السيئة.										
٣٧	بعد إنجازي أعمال معينة، أجد شكوكاً تقاومني، فيما إذا كنت قد أنجزتها على الوجه الصحيح										
٣٨	في بعض الأحيان أجد ضرورة ملحة للاغتسال، لأنني أشعر بأنني ملوث أو متسخ										
٣٩	أشعر أن هناك أرقاماً ذات فأل حسن وأخرى ذات فأل سيئ										
٤٠	أتأكد من أي شيء قابل للاشتعال مراراً وتكراراً خوفاً من حدوث حريق										
٤١	حتى عندما أنجز شيئاً ما بكل عناية أشعر أنه ليس بالصورة التي أرجوها										
٤٢	على الأغلب أغسل يداي كثيراً أو أكثر مما هو ضروري.										

الملحق(٣) مقياس الضغوط النفسية والمهنية

الرقم	العبارات	دائماً	غالباً	قليلاً	أبداً
١	ينتابني الخمول معظم الوقت أثناء العمل				
٢	أشعر بعدم الرغبة في الذهاب للعمل				
٣	أتوتر بسرعة لأتفه الأسباب بسبب ضغط العمل				
٤	أشعر بعدم الارتياح اثناء تواجدي في القسم				
٥	ألوم نفسي بشدة على أبسط الأخطاء				
٦	أحلم بأحلام مزعجة عن العمل				
٧	أعاني مشاكل في النوم				
٨	أعاني من النسيان المتكرر				
٩	أشعر بالكآبة دون مبرر				
١٠	أشعر بضيق صدر دون سبب واضح				
١١	أشعر بالاستياء من صورتي في وسائل الإعلام (العمل في تجارة الأعضاء البشرية)				
١٢	تجرح مشاعري لأتفه الأسباب				
١٣	أتعامل بقسوة مع الآخرين بعد ممارستي هذه المهنة				
١٤	اعاني من الصداع المستمر				
١٥	يتصبب العرق من يدي أثناء الدوام				
١٦	أشعر بالإرهاق بعد أي عمل أقوم به				
١٧	أشعر بآلام في مفاصلي				
١٨	أعاني آلام أسفل الظهر				
١٩	أعاني تقلصات في عضلاتي				
٢٠	أعاني من اضطرابات في الهضم تفقدني الاستمتاع بالطعام				
٢١	تزداد ضربات قلبي أثناء العمل				
٢٢	أشعر بالوهن العام في الجسم				
٢٣	أشعر بالخدر في بعض أنحاء جسدي				
٢٤	أشعر أن ضغط العمل علي في القسم كبير				
٢٥	يزعجني العمل بنظام المناوبات				
٢٦	أخشى من إصابتي بأمراض معدية بسبب عملي في المشفى				
٢٧	كثرة أصوات التنبيه في العمل مزعجة				
٢٨	يزعجني قلة فترات الراحة أثناء العمل				
٢٩	تناول المشروبات أثناء المناوبة يريحني نفسياً				

٣٠	أشعر بالإحباط نتيجة ممارسة هذه المهنة				
٣١	كل ما يربطني بعملي الراتب آخر الشهر				
٣٢	أشعر بالإحراج عندما أذكر مهنتي أمام الآخرين				
٣٣	أفكر في تغيير عملي				
٣٤	افتقد الحماس في العمل				
٣٥	أشعر ان كفاءتي في العمل قد تدنت				
٣٦	تتسم علاقتي المهنية بالتوتر مع بعض الزملاء				
٣٧	يزعجني كثرة التعليمات والتوجيهات من رئيسي المباشر				
٣٨	يزعجني ترقية بعض الزملاء الذين هم في نفس مستواي				
٣٩	علاقتي الاجتماعية مع الزملاء تقتصر على الدوام فقط				
٤٠	أشعر بالتوتر كلما تأخر زميلي لاستلام المناوبة				
٤١	ثقتي بالآخرين قليلة				
٤٢	يزعجني التقصير من بعض الأطباء في القسم				
٤٣	ما تتسبب به الأزمات والكوارث تزيد من دافعيتي للعمل				
٤٤	أقوم بواجبي في العمل تجاه المرضى بغض النظر عن العائد المادي				
٤٥	يزعجني أن جهدي مع المرضى يشكر عليه غيري				
٤٦	يزعجني ضياع وقت كبير في العمل في البحث عن الأجهزة السليمة				
٤٧	يزعجني عدم توفر مستلزمات طبية ضرورية للعمل بشكل كاف				
٤٨	خدمات صيانة الأجهزة الطبية ممتازة				
٤٩	الراتب الشهري لا يلبي احتياجاتي الأساسية				
٥٠	الراتب لا يلائم مقدار الجهد المبذول				
٥١	يزعجني عدم تطبيق قانون الثواب والعقاب بشكل عادل				

Abstract

Obsessive-compulsive disorder and its relationship to

Occupational Psychological stress among doctors and nurses in hospitals in the governorate of Damascus

The aim of this study is to identify the relationship between OCD and psychological pressures and career and see the differences on each of the scales (obsessive compulsive, psychological pressure and professional) according to the following variables (sex.. social situation. the number of working years) among doctors and nurses, and the original study (2467)-doctor and nurse working in hospitals in Damascus and are as follows (Almowasa-Al Assad University -Obstetrics and Gynecology) has been formed from sundry sample application (203) a doctor and a nurse, They had applied consisted of study tools (measure of OCD by Cusack FOA, solkoviks, and Coles and Prince (1998) and set up alaasmi (2015) and measure this list duplicate whispers and severe reactions over the past month which caused distress to the individual, consisting of (42) is spread over seven dimensions: washing, screening, and doubt, and arrangement, whispers, and amplification, neutralization and psychological stress and professional scale consists of (51) is distributed over seven dimensions : Are as follows:. Organic. Professional development. Relationship with the other. Relationship with patients. Medical supplies. . The researcher conducted a study of the Sequoia. The results of the study showed the following results: Obsessive-compulsive stress can be predicted through psychological and professional pressure (physicians, nurses) a strong positive correlation between obsessive-compulsive and psychological and professional pressures (in doctors and nurses). There are statistically significant differences on the measure of OCD depending on the variable (sex, marital status, number of years of work) for physicians (male, single, less than 3 years). There are statistically significant differences on the measure of OCD, depending on the variable (number of years worked) of nurses in favour (less than 3 years). There are statistically significant differences in the measure of psychological and occupational pressure depending on the variable (sex, marital status, number of years of work) for physicians (male, single, less than 3 years). There are statistically significant differences in the measure of psychological and occupational pressure depending on the variable (marital status, number of years of work) of nurses in favour (single, less than 3 years). There are differences between the high and low grades of physicians on the scale of OCD depending on the variable (marital status, number of years worked) in favour of (single, less than 3 years). There are statistically significant differences in the OCD between the high and low psychological and occupational pressures of physicians in favour of high class. There are statistically significant differences in the OCD between the high and low psychological and occupational pressures of nurses in favour of high class. There is a direct and other impact of obsessive-compulsive stress on the psychological and professional pressures of doctors and nurses. There is a direct and indirect effect of psychological and occupational pressure on the compulsive disorder of physicians and nurses.

الملحق(٤) موافقة مشفى المواساة

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
رئيس الجامعة



الموضوع :
التصنيف :

الرقم : ٧٤١٨٧/م

السيد الدكتور عميد كلية الطب

يرجى تسهيل مهمة طالبة الماجستير **آلاء عبد الرزاق التركي** المسجلة في كلية التربية بإجراء الاستبيان المرفق على الأطباء والممرضين في مشافي/**الأسد الجامعي- المواساة – التوليد الجامعي**/ لزوم البحث الذي تعده بعنوان : " الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين " وذلك بإشراف السيدة الدكتورة **عائشة ناصر** .

علماً أن جامعة دمشق لاتتحمل أية تفقات جراء ذلك .

شاكرين تعاونكم ،،،

دمشق في :
أدبية

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور محمد غريب

أمين جامعة دمشق
مازن الشيخ



أ. د. مدير عام مشفى المواساة

الملحق (٥) موافقة مشفى الأسد الجامعي

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
رئيس الجامعة



الموضوع : ....

التصنيف : ....

الرقم : ٤١٨٧/م

السيد الدكتور عميد كلية الطب

يرجى تسهيل مهمة طالبة الماجستير **آلاء عبد الرزاق التركي** المسجلة في كلية التربية بإجراء الاستبيان المرفق على الأطباء والممرضين في مشافي/**الأسد الجامعي- المواساة - التوليد الجامعي/** لزوم البحث الذي تعده بعنوان : " الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين " وذلك بإشراف السيدة الدكتورة **عائشة ناصر** .

علماً أن جامعة دمشق لاتتحمل أية نفقات جراء ذلك .

شاكرين تعاونكم ،،،

دمشق في /
أدبية

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور محمد غريب

جامعة دمشق
مستشفى الأسد الجامعي
رقم ٥٦٠٩
تاريخ الورود

الملحق(٦) موافقة مشفى التوليد الجامعي

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
رئيس الجامعة

الموضوع :

التصنيف :



الرقم : ٤١٨٧/م

السيد الدكتور عميد كلية الطب

يرجى تسهيل مهمة طالبة الماجستير **آلاء عبد الرزاق التركي** المسجلة في كلية التربية بإجراء الاستبيان المرفق على الأطباء والممرضين في مشافي/**الأسد الجامعي– المواساة – التوليد الجامعي/** لزوم البحث الذي تعده بعنوان : " الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية والمهنية لدى الأطباء والممرضين " وذلك بإشراف السيدة الدكتورة **عائشة ناصر** .

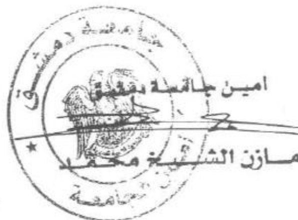
علماً أن جامعة دمشق لاتتحمل أية نفقات جراء ذلك .

شاكرين تعاونكم ،،،

دمشق في
أدبية

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور محمد غريب



امين جامعة دمشق
مازن الشالة محمد

مدير عام
الأستاذ الدكتور بشار الكردي

أ. د. مدير عام مشفى التوليد الجامعي

DAMASCUS UNIVERSITY

Damascus University

Faculty Education

Psychological Counseling Department



Obsessive-compulsive disorder and its relationship to occupational Psychological stress among doctors and nurses in hospitals in the governorate of Damascus

Research presented to the master's degree in psychological counseling

Presented by:

Alaa abd alrazak alturki

Supervised by Doctor:

Dr Aisha Naser

A doctor in Psychological Counseling Department

2016-2017